

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

TRAITEMENT DES CANCERS DE L'ARRIÈRE-GORGE

Par **J. L. FAURE** (1).

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
chirurgien des hôpitaux

Je ne veux pas discuter ici les indications de l'extirpation des tumeurs malignes de l'arrière-gorge, amygdale, pharynx, base de la langue, voile du palais. Je comprends qu'on refuse systématiquement de les opérer ; mais je n'ai pas encore le courage de m'abstenir, et lorsque j'ai quelque espoir de pouvoir faire une extirpation complète, je préfère tenter la fortune.

Mais je tiens à dire, après une assez longue expérience qui a quelque peu modifié certaines de mes idées, comment je pense qu'il est bon de conduire cette opération.

Je ne fais plus dans tous les cas la trachéotomie préventive. Je suis toujours prêt à plonger une canule dans l'espace inter-crico-thyroïdien, s'il y a pendant l'opération quelques difficultés respiratoires qui me paraissent commander cette manœuvre. — Mais je suis maintenant convaincu que, si l'on peut se passer de l'ouverture des voies aériennes, la gravité de l'opération en est amoindrie.

Je suis plus convaincu que jamais, au contraire, que pour mener à bien ces opérations et se donner un jour suffisant sur l'arrière-gorge, il est absolument indispensable de supprimer la branche montante de la mâchoire inférieure. Sa section et sa luxation en dehors, avec réapplication et suture au corps du

(1) Communication à l'Association française de chirurgie, 1902.

maxillaire, donne beaucoup moins de jour. Elle ne me paraît pas devoir être sensiblement moins grave, et je crois en somme qu'il y a plus d'inconvénients à s'efforcer de la conserver qu'à le sacrifier sans retour. La branche de la mâchoire une fois supprimée on a sur l'arrière-gorge un jour extraordinaire qui permet de pratiquer avec une extrême facilité les opérations les plus étendues. En revanche, j'ai pu me convaincre qu'il est impossible, même en fendant la joue, de faire du côté de l'amygdale et de la paroi latérale du pharynx aucune extirpation étendue régulière et satisfaisante, si l'on ne commence avant tout par sacrifier la branche montante du maxillaire inférieur. Et comme cette extirpation préliminaire est extrêmement simple, comme elle demande à peine une minute, et quelquefois moins, comme elle fait gagner beaucoup de temps, comme elle économise beaucoup de sang, comme enfin elle permet de faire des opérations complètes, au moins en apparence, et d'enlever facilement tous les tissus suspects, je crois qu'il faut la faire systématiquement, bien qu'elle aggrave certainement le pronostic immédiat de l'opération.

Celle-ci ne présente, lorsqu'on la conduit comme il faut, aucune difficulté réelle. Voici quelle est la façon de procéder que je recommande.

L'incision, que j'ai toujours faite, et que, malgré de nombreuses recherches, je n'ai, à mon grand étonnement, trouvée décrite nulle part, est d'une simplicité extrême.

Elle part de la commissure, descend directement en décrivant une ligne à concavité-antérieure vers le bord inférieur du maxillaire qu'elle croise en avant du masséter, et se prolonge en suivant sa direction première dans la région sous-maxillaire, puis dans le cou, le long du paquet vasculo-nerveux, qu'elle peut suivre, au besoin, jusqu'à la clavicule, de façon à enlever toute la chaîne ganglionnaire.

Quelques coups de rugine dénudent alors sur ses deux faces le maxillaire inférieur, au niveau des grosses molaires. Une petite scie amorce à un millimètre de profondeur la section de l'os qu'on achève d'un coup de cisaille. La branche ainsi séparée de l'os est saisie avec un davier, les muscles masseter et ptérygoïdien sont désinsérés à la rugine, le tendon du tem-

poral est coupé d'un coup de ciseaux, et la branche du maxillaire arrachée par torsion. Et voilà où en est l'opération une minute à peine après son début.

On voit alors avec la plus grande facilité toute la région malade, et on a un accès facile sur le pharynx entier, l'amygdale, le voile du palais, la base de la langue, l'épiglotte et même la paroi pharyngienne opposée.

On attaque alors la tumeur par le point qui semble le plus favorable. Je crois cependant qu'il vaut mieux commencer par en bas, en pinçant ou liant dès le début la carotide externe, ce qui évite en grande partie l'hémorrhagie due à la section de ses nombreuses branches. Mais la disposition des tumeurs est si variable qu'il ne me paraît pas possible de donner pour leur extirpation des règles précises.

On y voit bien, on a de l'espace et du jour et, pour peu qu'on ait quelque habitude de la chirurgie du cou et de la dissection des gros vaisseaux, il n'y a, je le répète, aucune difficulté particulière. Si l'ouverture de quelque gros tronc veineux peut quelquefois donner lieu à une hémorrhagie sérieuse, il est commun de mener à une bonne fin une de ces opérations en perdant à peine quelques cuillerées de sang.

On peut ainsi faire des opérations très étendues allant d'un côté du pharynx à l'autre, et de la clavicule à la base du crâne.

L'exérèse terminée, on place ses ligatures, mais pour peu que celles-ci soient difficiles à mettre, surtout dans la région parotidienne, on laisse des pinces à demeure ; une bonne pince, qui tient bien, étant infiniment préférable à une ligature incertaine.

Quand tout est fini, on sépare autant que possible la cavité buccale de la plaie du cou — séparation d'ailleurs illusoire — et on reconstitue la commissure labiale, en suturant plus ou moins loin l'incision cutanée. Mais il faut laisser une large ouverture permettant un drainage puissant et l'écoulement facile des sécrétions buccales qui s'accumulent dans la plaie.

Cette opération est donc des plus simples, mais, comme toutes les opérations analogues, elle est malheureusement des plus graves, et je crois qu'il faut s'attendre à perdre, dans les jours qui suivent l'opération, au moins le tiers des opérés.

Ceux-ci peuvent mourir d'hémorrhagie secondaire, mais c'est l'infection qui les tue presque tous, infection qui se manifeste presque toujours sous forme de broncho-pneumonie. On nettoiera donc autant que possible ces plaies suppurantes et couvertes de lambeaux infectés, on se gardera de pansements compliqués. Après l'enlèvement des compresses hémostatiques, on mettra sur la plaie juste ce qu'il faut pour la protéger, et on fera dans la bouche et la plaie d'abondants lavages avec des solutions d'eau oxygénée, de chlorure de chaux ou de tel puissant antiseptique que l'on jugera convenable.

Beaucoup de malades triompheront de cette formidable secousse, mais ici comme dans toute la chirurgie du cancer, les résultats définitifs seront médiocres ; et c'est seulement dans les cas pris à leur début que nous pouvons entreprendre ces opérations redoutables avec l'espérance d'une guérison radicale.

II

LA PARTICIPATION DE L'OREILLE MOYENNE DANS LE LUPUS VULGAIRE ET LA LÈPRE DES VOIES AÉRIENNES SUPÉRIEURES

Par **Eugène FÉLIX**

Agrégé à la² faculté de médecine de Bucarest

La grande ressemblance qui existe entre le lupus et la lèpre me décida de réunir sous un titre commun les observations publiées plus loin.

Le lupus aussi bien que la lèpre ont une marche chronique, dans les deux affections on rencontre des tubercules sur la peau et les muqueuses, qui s'ulcèrent pour se cicatriser ensuite. Aussi la propagation à l'oreille moyenne est identique dans ces deux maladies.

I

Le lupus se propage à l'oreille moyenne par deux voies. Par le conduit auditif externe il peut s'étendre au tympan et peut conduire, suivant W. Kirchner⁽¹⁾ à des complications telles que la méningite, la thrombose du sinus ; le second chemin conduit par la trompe d'Eustache. Cette voie de propagation est plus fréquente parce que les fosses nasales sont plus souvent atteintes, dans le lupus vulgaire de la face, que l'oreille externe. D'autre part, l'infection est favorisée par le fait que l'orifice pharyngé de la trompe d'Eustache est toujours béant, comme

(1) W. KIRCHNER ; SCHWARTZ. — *Handbuch der Ohrenheilkunde*, II, 1893, p. 25.

cela ressort des observations anatomiques aussi bien que des expériences physiologiques entreprises par A. Lucæ⁽¹⁾.

Quoique d'après A. Politzer⁽²⁾ la propagation du lupus à l'oreille moyenne n'est pas fréquente, celle-ci ne reste indemne que rarement. Dans 21 cas de lupus du nez Brieger⁽³⁾ n'a pu constater que trois fois l'intégrité de l'oreille. Chez la majorité de ces malades cet auteur a observé des lésions qui ne diffèrent en rien de celles rencontrées dans le catarrhe ou les suppurations de l'oreille moyenne, mais quelques-uns des malades présentaient une affection auriculaire avec des caractères particuliers. Dans ces derniers cas le pharynx nasal n'était pas intact, des lésions lupiques se trouvaient aussi dans cette région.

H. Schwartze⁽⁴⁾, dans un cas de lupus du nez, dans lequel l'oreille était prise aussi, ne trouva à l'autopsie aucune relation entre les deux lésions.

Chez un jeune paysan avec lupus nasal, Ouspenski⁽⁵⁾ constata une otorrhée du côté droit, qui s'était déclarée deux mois avant l'examen fait par cet auteur.

Une femme, que Walb⁽⁶⁾ avait soignée avec succès pour une otite suppurée chronique double, avait souffert auparavant d'un lupus nasal.

Ce même auteur⁽⁷⁾ rencontra en deux cas de lupus la perforation de la membrane de Shrapnell. Brieger⁽⁸⁾, frappé, par le

(1) A. LUCÆ. — Zur Function der Tuba Eustachii. *Archiv für Ohrenheilkunde*, III, 1867, p. 174.

(2) A. POLITZER. — *Lehrbuch der Ohrenheilkunde*, 1901, p. 173.

(3) BRIEGER. — Ueber bei Lupus der Nase vorkommenden Erkrankungen des Mittelohres. *Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, 1891, p. 265 et 64^e réunion des naturalistes et médecins allemands. Halle a. S. 1891, in *Berliner Kl. Wochenschrift*, 1891, p. 1134.

(4) H. SCHWARTZE. — *Berliner Kl. Wochenschrift*, 1891, p. 1134.

(5) OUSPENSKI. — Lupus de l'oreille moyenne. *Annales des maladies de l'oreille*, 1891, p. 311.

(6) WALB; SCHWARTZE. — *Handbuch der Ohrenheilkunde*, II, 1893, p. 278.

(7) WALB. — Ueber Fistelöffnungen am oberen Pole des Trommelfells. *Archiv für Ohrenheilkunde*, XXVI, 1888, p. 185 et p. 221.

(8) BRIEGER. — Blau, *Encyklopädie der Ohrenheilkunde*, 1900, p. 316.

fait que la sténose nasale chez les lupiques est souvent associée à un palais très voûté, pense que cette sténose dans maints cas a existé avant l'apparition du lupus et est en cause dans la production de quelques-unes des perforations du pôle supérieur de la membrane du tympan, dans le sens de la conception de Bezold, qui, à la suite de sténose de la trompe d'Eustache, a observé des perforations de la membrane de Shrapnell.

A. Politzer ⁽¹⁾ vit chez un homme de 43 ans le lupus du pharynx nasal s'étendre à la cavité du tympan. Pendant les premiers mois l'affection présentait le tableau d'une otite moyenne purulente chronique, plus tard le tissu lupique proliféra dans le conduit auditif à travers la perforation du tympan.

Wappner ⁽²⁾ présenta à la société viennoise de dermatologie un lupique chez lequel le processus, s'étant propagé à travers la trompe d'Eustache à l'oreille moyenne, atteint le tympan. Ce cas paraît être le même que celui mentionné par A. Politzer. Mais le lupus peut atteindre par l'oreille moyenne même le labyrinthe, comme l'observa Gradenigo ⁽³⁾ chez un enfant de 14 ans.

G. Liaras ⁽⁴⁾ publia 3 cas de lupus de la clinique de Moure de Bordeaux. Chez deux de ces malades il existait depuis longtemps un lupus du nez et du pharynx nasal (observations II et VI) auquel s'associa après un certain temps une suppuration de l'oreille. Dans le troisième cas (observation V) dans lequel le pharynx nasal était pris et le conduit tubaire atteint de poussées lupiques, à l'examen on observait une membrane tympanique épaissie, au milieu de laquelle le marteau était comme noyé dans un magma fibreux.

Les lupiques, au nombre de 20, que j'ai examinés à la

(1) A. POLITZER. — *Loc cit.*

(2) WAPPNER. — Société viennoise de dermatologie, 19 avril 1893, in *Annales de dermatologie*, 1893, p. 1322.

(3) GRADENIGO. — *Gazette degli ospitali* in *Annales des maladies de l'oreille*, 1889, p. 93.

(4) G. LIARAS. — Du lupus de l'oreille. *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1900, p. 153 et 182.

clinique dermatologique, présentèrent tous des lésions auriculaires.

Comme la suppuration de l'oreille se produit surtout par l'infection propagée des ulcérations lupiques du pharynx nasal et spécialement du voisinage de l'orifice pharyngé de la trompe, on comprend pourquoi je n'ai rencontré qu'un seul cas d'otite moyenne suppurée (obs. III) dans lequel il existait aussi une ulcération de la trompe d'Eustache.

OBSERVATION I. — Hélène G., 23 ans, fut reçue à la clinique dermatologique le 11 novembre 1900.

Le lupus nasal a débuté il y a huit ans.

Assez bien développée, la malade présente sur chacune des joues un placard lupique. Le nez est aplati. La narine droite est tellement réduite par des cicatrices qu'à peine le stylet peut être introduit dans la fosse nasale, la narine gauche un peu plus large. L'examen rhinoscopique ne peut donc pas être fait.

La luelle un peu raccourcie. De sa base s'étend une cicatrice sur les piliers postérieurs du voile du palais, épaissis, rigides, d'une couleur blanchâtre. En dehors d'une pharyngite atrophique, le naso-pharynx ne présente aucune lésion.

Les deux tympons sont médiocrement rétractés, celui de droite davantage que le tympan gauche.

La malade prétend entendre aussi bien qu'auparavant.

La montre appliquée sur le crâne s'entend bien des deux côtés.

Par la conduction aérienne à droite 0^m,65/4^m, à gauche 0^m,60/4^m.

Voix chuchotée : à droite 10^m ; à gauche 11^m,50.

Acoumètre de Politzer : à droite 12^m ; gauche 14^m.

Le diapason vertex, latéralisé à gauche.

Rinne à droite + 12", gauche + 10", ut² (128 v. d.) s'entend moins bien que ut₁ (312 v. d.).

obs. II. — Georges A., typographe, 16 ans. Entré à l'hôpital le 23 janvier 1901.

Début du lupus nasal en décembre 1900.

A l'examen rhinoscopique on constate chez notre malade, qui est assez bien constitué, en dehors d'un placard lupique de la pointe du nez, que les cornets inférieurs sont atrophiés, occupés par quelques petites ulcérations couvertes de croûtes jaunâtres.

Rien du côté du pharynx buccal et nasal.

A l'examen des oreilles on trouve une otite moyenne suppurée

droite, qui existe depuis une dizaine d'années. A gauche le tympan est rétracté, le manche du marteau raccourci.

La montre s'entend bien par la conduction osseuse.

Tenue devant le pavillon, à droite on ne l'entend pas du tout, à gauche à 1^m,60/4^m.

Voix chuchotée, à droite ne s'entend pas, à gauche à 7^m.

Weber n'est pas latéralisé.

Le diaphason ut₂ s'entend moins bien que ut₆ (2048. v. d.).

L'épreuve de Schwabach nous donne un résultat $\pm 5''$, c'est-à-dire que le diapason appliqué sur le crâne du malade est entendu 5" de plus que par le crâne du médecin, dont l'ouïe peut être considérée comme normale.

Rinne à gauche + 19".

Acoumètre de Politzer, à gauche 8^m, à droite 0^m.

obs. III. — J. G., paysan de 13 ans ; entré le 8 février 1901.

Il y a huit mois que le nez du malade commençait à être bouché, il se forma en même temps des petits nodules dans le vestibule du nez.

La pointe du nez augmentée de volume, sur un fond rouge, infiltré, on trouve des petits tubercules. Sur les cornets inférieurs des nodules ulcérés, qui saignent au moindre attouchement.

Sur la voûte palatine une infiltration lupique s'étend en arrière de l'arcade dentaire, au niveau des incisives, jusqu'à une distance de 2-3 centimètres.

La muqueuse du naso-pharynx, rouge. Au niveau de l'orifice de la trompe d'Eustache, sur sa lèvre antérieure, à côté de 2-3 tubercules, une ulcération petite de 1-1 1/2 centimètre de diamètre.

Le malade nous dit ne pas bien entendre à droite depuis le mois de janvier 1901.

Dans le quadrant antéro-inférieur du tympan droit, on trouve une petite perforation. La sécrétion purulente est peu abondante.

Le tympan gauche, épaissi, rétracté, manche du marteau raccourci.

Appliquée sur le crâne, la montre s'entend bien des deux côtés.

Par la conduction aéro-tympanique, la montre se perçoit à droite 0^m, 10/4^m, à gauche à 1^m/4^m.

Voix chuchotée, à droite 2^m,20, à gauche à 5^m,50.

Le diapason vertex est perçu dans la boîte crânienne, ut₆ s'entend mieux que ut₂.

Schwabach chez le malade 7" de plus.

Rinne, à droite — 20", à gauche + 15".

Acoumètre de Politzer, à droite 0^m,45, à gauche 8^m.

obs. iv. — R. V., 35 ans, cuisinière. Entrée à l'hôpital le 17 février 1901.

Lupus du nez depuis le mois de juin 1900.

La narine gauche très réduite à cause des rétractions cicatricielles. Sur le cornet inférieur droit des croûtes jaunâtres recouvrent quelques petites ulcérations.

La malade ne peut pas nous indiquer depuis quelle époque elle porte les cicatrices qu'on constate sur le voile du palais. Le pharynx nasal normal.

Tympan gauche très rétracté, l'apophyse courte du marteau proéminente, manche du marteau plus horizontal qu'à l'état normal. Le tympan droit un peu moins rétracté.

La montre s'entend bien par la conduction osseuse.

Par la conduction aéro-tympanique à droite 2^m,30/4^m, gauche 1^m,50/4^m.

Acoumètre de Politzer ; droite 5^m, gauche 4^m,50.

Weber latéralisé à gauche. Voix chuchotée de deux côtés à 6^m,50.

Rinne, droite — 30", gauche — 5".

obs. v. — Le 23 février 1901, entre à l'hôpital une paysanne de 20 ans, la nommée S. D.

Depuis le mois d'octobre 1897 elle souffre d'un lupus nasal.

La respiration nasale est entravée. Les fosses nasales remplies de croûtes jaunâtres, qui saignent aussitôt qu'on essaie de les enlever.

Le pharynx nasal et buccal intact.

Depuis deux mois la malade n'entend pas bien du côté gauche.

Tympan droit épaissi. Tympan gauche rétracté, manche du marteau raccourci, apophyse courte, proéminente.

Appliquée sur le crâne la montre s'entend bien des deux côtés.

Par la voie aérienne, droite 2^m,70/4^m, gauche 1^m,20/4^m.

Voix chuchotée, droite 9^m, gauche 7^m.

Acoumètre de Politzer, droite 10^m, gauche 6^m,50.

Rinne, droite — 13", gauche — 20".

Weber ne se latéralise pas, le diapason ut₂ s'entend moins bien que le diapason ut₄.

obs. vi. — Marie M., paysanne de 20. Reçue à la clinique le 1^{er} mars 1901.

Début du lupus il y a dix ans, par les fosses nasales.

Chez notre malade, qui est bien développée, la narine gauche est sténosée par des rétractions cicatricielles. Dans la fosse nasale droite on trouve plusieurs lupomes ulcérés, couverts en partie par des croûtes jaunâtres et saignantes.

Dans le pharynx rien anormal.

Les deux tympans médiocrement rétractés.

La montre s'entend bien par les os.

Tenue devant le pavillon de l'oreille, la malade la perçoit à droite à $1^m/4^m$, à gauche à $1^m,50/4^m$.

Voix chuchotée ; droite 6^m , gauche 7^m .

Acoumètre de Politzer ; droite 10^m , gauche 12^m .

Rinne, droite + $13''$, gauche + $20''$.

Weber n'est pas latéralisé.

obs. VII. — A. N., 40 ans, agriculteur. Entré le 1^{er} mars 1901.

Le lupus du nez a commencé en novembre 1899.

La narine gauche est obstruée par des croûtes. Sur le cornet inférieur droit et sur la cloison il y a plusieurs nodules ulcérés, en partie couverts par des croûtes jaunâtres.

Sur le voile du palais trois ulcérations circulaires de 3-4 millimètres de diamètre.

Le pharynx nasal ne présente aucune lésion.

Tympan des deux côtés rétracté.

Par les os la montre s'entend bien.

La montre par conduction aéro-tympanique s'entend à droite à $1^m,30/4^m$ à gauche à $2^m/4^m$.

Voix chuchotée : droite 6^m , gauche $4^m,50$.

Acoumètre de Politzer : droite 10^m , gauche 7^m .

Rinne, positif des deux côtés avec ut_2 , négatif avec ut_6 , à droite — $20''$, à gauche — $16''$.

Le diapason vertex s'entend 7^e de plus par le malade que par une oreille normale (ut_4).

obs. VIII. — Paysanne, 19 ans ; J. C., entre le 17 mars 1901.

Depuis le mois d'avril 1898 le nez est souvent bouché, quelques croûtes se formaient à cette époque dans les fosses nasales. En décembre 1900, ulcération de l'aile gauche du nez.

De bonne constitution. L'aile gauche du nez détruite, la cloison cutanée et cartilagineuse détruite aussi. Le cornet inférieur droit atrophique, couvert de quelques petites ulcérations.

Au dessus de l'aile gauche du nez détruite, le vestibule rétréci par des cicatrices, de sorte qu'à peine un stylet peut être introduit.

Par la rhinoscopie postérieure on voit une sécrétion muco-purulente s'écouler des choanes dans le pharynx.

Tympan du côté droit, modérément rétracté. Une perforation occupe les deux quadrants inférieurs du tympan gauche, pas de sécrétion. La malade nous dit que six mois avant le début du lupus

du nez cette oreille a commencé à couler et depuis l'ouïe a diminué.

La montre s'entend bien par les os.

Par la conduction aérienne elle s'entend à droite à $3^m/4^m$, à gauche à $0^m,30/4^m$.

Voix chuchotée : droite 8^m , gauche 6^m .

Acoumètre de Politzer : droite 12^m , gauche 6^m .

Weber n'est pas latéralisé.

Rinne, à droite + $10''$, à gauche — $12''$. Les sons aigus se perçoivent mieux que les sons graves.

obs. ix. — Marie G., 18 ans. Reçue le 14 avril 1901.

Il y a six ans que le lupus commença par la lèvre supérieure, de là il s'étendit aux fosses nasales.

La malade porte un lupus ulcéré de la lèvre supérieure et du nez.

Après avoir ramolli et enlevé les croûtes jaunâtres, qui remplissent les fosses nasales, on trouve les cornets inférieurs couverts de quelques petits nodules ulcérés.

Rien d'anormal du côté du pharynx.

Les deux tympans sont médiocrement rétractés. La malade se plaint de ne pas bien entendre.

Par les os la montre s'entend bien.

La montre se perçoit par conduction aéro-tympanique, à droite à $2^m,50/4^m$, à gauche à $2^m,75/4^m$.

Voix chuchotée : à droite à 6^m , à gauche à $7^m,50$.

Acoumètre, à droite 12^m , à gauche 10^m .

Rinne ; droite + $10''$, gauche + $5''$.

obs. x. — Le 26 mai 1901 Michel C., de 16 ans, entre à l'hôpital.

Il y a six mois que la racine du nez commença à s'épaissir. Un mois plus tard, des nodules firent leur apparition dans les fosses nasales.

De constitution médiocre, pas trop bien développé. De l'aile gauche du nez un placard lupique s'étend sur la joue correspondante. Les deux narines très rétrécies au niveau du vestibule, de sorte qu'on ne peut examiner les fosses nasales.

A la base de la lèvre se trouve une cicatrice étoilée, qui s'étend sur les piliers du voile du palais. A la réunion du voile du palais et de la voûte palatine on observe quelques petits lupomes ulcérés. Le naso-pharynx est intact.

Les deux tympans rétractés.

Par la conduction osseuse la montre s'entend bien ; par la conduction aérienne à droite $1^m/4$, gauche $2^m,50/4^m$.

Voix chuchotée à droite 1^m,50, gauche 5^m.

Acoumètre de Politzer : droite 3^m, gauche 12^m.

Weber ne se latéralise pas.

Rinne : droite — 15", gauche + 10", ut₁ s'entend mieux que ut₂.

obs. XI. — D. P., femme de 25 ans. Entrée le 14 juillet 1901.

En mai 1901 la malade remarqua à l'aile gauche du nez un petit nodule, ils s'en forma plusieurs autres dans son voisinage. Le nez n'a jamais été bouché.

Sur l'aile gauche du nez on trouve un congloméré de 12-15 lupomes.

Les cornets moyens hypérémiés de même que les cornets inférieurs.

Le pharynx normal.

Tympan gauche médiocrement rétracté. Tympan droit normal.

La montre s'entend bien appliquée sur le crâne.

Par la conduction aéro-tympanique, droite 4^m/4^m, gauche 3^m/4^m.

Voix chuchotée, droite 15^m, gauche 10^m.

Acoumètre, droite 16^m, gauche 12^m.

Weber n'est pas latéralisé.

Rinne, droite + 15", gauche + 10".

obs. XII. — E. C., 17 ans. Entré le 28 août 1901.

Début du lupus du nez en mars 1901, par des nodules dans les fosses nasales, qui s'étendirent petit à petit sur l'aile du nez.

De bonne constitution, le malade présente sur le bout du nez des petits nodules ulcérés. Les cornets inférieurs sont couverts de quelques petites ulcérations.

Le tympan gauche médiocrement rétracté, le tympan droit normal.

La montre s'entend bien par les os du crâne.

Par la conduction aérienne, à droite 2^m,50/4^m, gauche 1^m,50/4^m.

Voix chuchotée : droite 16^m, gauche 10^m.

Acoumètre de Politzer : droite 16^m, gauche 15^m.

Rinne : droite + 20", gauche + 25".

obs. XIII. — G. E., paysanne âgée de 20 ans. Reçue à la clinique le 12 décembre 1901.

Il y a deux ans la malade a souffert probablement d'un lupus du bras gauche, car les cicatrices actuelles en font foi. Une année après il se forme une infiltration lupique dans l'angle interne de l'œil droit, qui actuellement est ulcéré.

La malade, maigre, présente le cornet inférieur droit rouge, tuméfié.

Les deux tympans rétractés, le manche du marteau raccourci, l'apophyse courte proéminente.

Par la conduction osseuse le son se propage bien.

La montre, tenue devant le pavillon de l'oreille, s'entend à droite à $1^m/4^m$, à gauche $2^m,50/4^m$.

Voix chuchotée : droite 15^m , gauche 16^m .

Acoumètre : droite 12^m , gauche 14^m .

Rinne : droite + 8", gauche + 10".

obs. xiv. — Le 11 janvier 1902 entre à l'hôpital une jeune fille O. B., âgée de 16 ans. La mère de la malade morte il y a quatre ans de tuberculose pulmonaire.

A l'âge de 4 ans notre malade a eu des ulcérations au niveau du genou gauche. Il y a cinq ans le lupus commença au nez.

Maigre, le nez de cette jeune fille est aplati, la peau qui le recouvre est infiltrée, couverte de petits lupomes. Les ailes du nez sont en partie ulcérées.

Le pharynx rien anormal.

Les deux tympans médiocrement rétractés.

La montre se perçoit bien par les os.

Par la conduction aérienne : droite $1^m, 50/4^m$, gauche $2^m/4^m$.

Voix chuchotée : droite 9^m , gauche $7^m,50$.

Acoumètre : droite 10^m , gauche 12^m .

Rinne : droite + 15", gauche + 10".

obs. xv. — V. S., domestique, 30 ans. Reçue le 30 janvier 1902. Début du lupus du nez en avril 1901.

Malade peu développée.

Narine gauche rétrécie. La cloison cartilagineuse perforée dans sa partie antérieure. Les cornets inférieurs atrophiés, couverts en partie de petites ulcérations. Rien digne de noter du côté du pharynx.

Depuis quelques mois (la malade ne peut pas préciser) elle entend moins bien du côté gauche.

Le tympan gauche fortement rétracté, celui du côté droit l'est moins.

Par la conduction osseuse la montre s'entend bien.

Par la voie aérienne : droite $1^m,50/4^m$, gauche $0^m,40/4^m$.

Voix chuchotée : droite 6^m , gauche 7^m .

Acoumètre : droite 7^m , gauche 8^m .

Rinne : droite + 15", gauche + 6".

Weber n'est pas latéralisé.

obs. xvi. — A. S., fillette de 12 ans. Entrée le 27 février 1902.

Depuis quatre ans des ulcérations au genou gauche. Depuis deux ans lupus du nez.

Peu développée pour son âge.

Les cornets inférieurs couverts de quelques ulcérations en partie cachées par des croûtes.

Sur les piliers antérieurs du voile du palais, dans le voisinage de la luette, de chaque côté de celle-ci une cicatrice blanchâtre, de 2 centimètres de longueur.

Les deux tympans rétractés.

La montre se perçoit bien par les os. Par la voie aéro-tympanique à droite $0^m,80/4^m$, à gauche $1^m/4^m$.

Voix chuchotée : droite 6^m , gauche 8^m .

Acoumètre : droite 8^m , gauche 10^m .

Rinne : droite + $10''$, gauche $12''$.

obs. xvii. — Le 6 mars 1902 entra le nommé N. C., de 33 ans. Une sœur âgée de 20 ans souffre aussi de lupus, d'après les indications du malade.

Depuis le mois d'octobre 1900 le malade a souvent le nez bouché. En mars 1901, des petits nodules firent leur apparition à la narine gauche.

Bien développé. La peau de l'aile gauche du nez, jusque dans l'angle interne de l'œil gauche, est épaissie, rouge, couverte de quelques petits nodules.

Le cornet inférieur gauche porte des petites ulcérations, dans la fosse nasale droite, la muqueuse rougie couverte d'une sécrétion muco-purulente.

Depuis une année et demie, le malade n'entend pas bien de l'oreille gauche.

Le tympan gauche fortement rétracté, le tympan droit l'est moins.

Par les os la montre s'entend bien.

Par voie aérienne : à droite $1^m/4^m$, à gauche $0^m,40/4^m$.

Voix chuchotée : droite 10^m , gauche 12^m .

Acoumètre : droite 12^m , gauche 8^m .

Rinne : droite + $10''$, gauche + $8''$.

obs. xviii. — J. A., paysanne âgée de 25 ans. Reçue le 18 mars 1902.

Début du lupus nasal en février 1901.

La partie inférieure du cartilage de la cloison et le septum cutané sont détruits.

Sur la face on trouve un lupus plan non ulcéré.

Le pharynx ne présente pas de lésions.

Depuis cinq ans otite moyenne suppurée double.

Par les os du crâne la montre est bien perçue.

Par la conduction aérienne : droite et gauche à quelques centimètres du pavillon.

Voix chuchotée : droite 0^m,50, gauche 0^m,80.

Rinne : droite — 15", gauche — 10".

Weber latéralisé à gauche.

ons. XIX. — E. C., 16 ans. Entrée le 1^{er} mai 1902.

Le nez est bouché depuis le mois d'avril 1898. Bientôt après des petits nodules se montrèrent à la narine gauche.

Fillette, faible, anémique. La cloison cartilagineuse détruite, nez en lorgnette. Narine gauche réduite par un anneau cicatriciel.

Le pharynx ne présente rien anormal.

Les deux tympans sont médiocrement rétractés. Le tympan droit un peu épais.

La montre s'entend bien par les os.

Tenue au niveau du pavillon, elle est perçue à droite 0^m,50/4^m, à gauche à 0^m,30/4^m.

Voix chuchotée : droite 1^m, gauche 0^m,80.

Acoumètre de Politzer : droite 5^m, gauche 2^m,50.

Rinne : à droite +, à gauche — 5^m.

ons. XX. — Le 22 mai 1902 entre à l'hôpital une femme, G. G., âgée de 24 ans.

Début du lupus du nez en janvier 1902, par des petits nodules à l'aile gauche du nez, qui s'étendirent bientôt au nez et la joue.

Malade anémique, peu développée. Deux plaques lupiques sur les joues. La pointe du nez ulcérée, couverte en partie de croûtes jaunâtres.

La muqueuse nasale rouge, couverte d'une sécrétion mucopurulente. Sur le cornet inférieur gauche se trouve une petite ulcération irrégulière couverte de pus.

Le pharynx ne présente pas de lésions.

Les deux tympans médiocrement rétractés.

La conduction osseuse conservée.

Par la voie aérienne, la montre est perçue à droite à 1^m,50/4^m, à gauche à 1^m,80/4^m.

Voix chuchotée : à droite 7^m, à gauche 6^m,50.

Acoumètre : droite 8^m, gauche 9^m.

Weber n'est pas latéralisé.

Rinne : à droite + 3", gauche + 5".

Si on résume ces observations, on trouve dans la majorité

des cas l'otite moyenne catarrhale, le plus souvent bilatérale. Les suppurations dans les observations II, VIII, XVIII, ne sont pas consécutives au lupus nasal, mais tout à fait indépendantes de cette affection.

La participation de l'oreille moyenne dans le lupus vulgaire n'est pas rare et, d'autant plus souvent qu'on constatera l'origine nasale du lupus, on trouvera l'oreille prise à son tour, mais à condition d'examiner systématiquement tous les lupiques, comme les malades ne se rendent pas toujours compte de leur affection.

Il n'est pas facile de se prononcer combien de temps après le lupus du nez l'oreille peut être atteinte. Dans la majorité des cas, on ne reçoit pas d'informations certaines de la part des malades et, là où ils voudraient fixer un terme quelconque, on ne peut donner trop d'importance à ces détails.

II

En ce qui concerne les affections de l'oreille chez les lépreux, on trouve dans la littérature à peine quelques indications.

Lennox Browne ⁽¹⁾ exprime la possibilité de la propagation de la lèpre du nez à l'oreille.

D'après Lima et de Mello ⁽²⁾ le tympan dans quelques-uns des cas est épaissi, blanchâtre et reste immobile à l'épreuve de Valsalva. Une fois ces auteurs trouvèrent une otite moyenne suppurée.

Wagnier ⁽³⁾ constata chez un lépreux une otite moyenne suppurée à gauche et une inflammation aiguë non perforative à l'oreille opposée.

(1) LENNOX-BROWNE. — *The throat and nose and their Diseases*, 1899, p. 640.

(2) LIMA U. DE MELLO. — Ueber das Vorkommen der einzelnen Lepraformen sowie die Erscheinungen an Augen, Nase und Ohr. *Monatshefte für praktische Dermatologie*, VI, 1897, p. 650.

(3) WAGNIER. — Otite moyenne aiguë observée sur un lépreux. *Annales de dermatologie*, 1888, p. 715 (observ. XIX, de Jeanselme).

Jeanselme et Laurens ⁽¹⁾ entreprirent l'examen de l'audition chez les lépreux avec la montre, et trouvèrent, en même temps que l'ouïe baissée, des tympans rétractés, en partie épaissis.

Des treize lépreux, que j'ai examinés, trois étaient atteints de lèpre nerveuse et ne présentèrent aucune lésion du nez et du pharynx nasal. L'ouïe chez ces trois malades était intacte. On peut admettre que dans la lèpre nerveuse, tant que les fosses nasales et le naso-pharynx sont intacts, on ne trouvera pas des lésions auriculaires en relation avec la lèpre.

Les observations qui suivent concernent aussi les malades soignés à la clinique dermatologique.

OBS. XXI. -- Z. N., âgé de 21 ans, entre à l'hôpital le 14 septembre 1900.

Début de la lèpre tuberculeuse dont il est atteint, en 1898.

De constitution assez bonne, le malade présente le tableau classique d'une lèpre tuberculeuse. La fosse nasale gauche tapissée par des croûtes saignantes, les cornets inférieurs atrophiés, en partie couverts de petites ulcérations. Le cartilage de la cloison détruit.

Une grande cicatrice étoilée, s'étend du voile du palais sur les piliers antérieurs et la luette. La muqueuse du pharynx très rouge, couverte d'un vernis jaunâtre.

Le tympan droit épaissi, celui du côté gauche rétracté, apophyse courte du marteau proéminente, manche du marteau raccourci.

Par les os la montre s'entend bien des deux côtés.

Par la conduction aéro-tympanique à droite à 1^m, 50/4^m, à gauche à 1^m, 10/4^m.

Voix chuchotée : droite 8^m, gauche 10^m.

Acoumètre de Politzer : droite 12^m, gauche 14^m.

Weber latéralisé dans l'oreille gauche.

Rinne : droite + 5", gauche + 7".

OBS. XXII. — P. M., 20 ans. Entrée le 23 octobre 1900.

Elle souffre de lèpre tuberculeuse depuis huit ans.

Fille très anémique, amaigrie. Sur chaque aile du nez un tuber-

(1) JEANSELME ET LAURENS. — *Mittheilungen und Verhandlungen der internat. wissenschaftlichen Lepra Conferenz* Berlin, 1897, I, 2^e partie, p. 18.

cule gros comme une noisette. Les narines tellement sténosées, qu'un stylet passe à peine pour pouvoir constater la perforation de la cloison.

Sur la voûte palatine et les piliers antérieurs, à côté de quelques petites ulcérations, on trouve des cicatrices, qui s'étendent sur la luette.

Les piliers postérieurs rigides, sont soudés à la paroi postérieure du pharynx, de sorte que l'inspection du rhino-pharynx devient impossible.

Le tympan gauche est épaissi, rétracté. Le tympan droit plus rétracté encore.

La montre s'entend bien appliquée sur le crâne.

Par la conduction aérienne : à droite 0^m,30/4^m, à gauche 2^m/4^m.

Voix chuchotée : droite 1^m,40, gauche 3^m.

Acoumètre : droite 9^m, gauche 12^m.

Le diapason vertex latéralisé à droite.

Rinne : droite + 6", gauche + 9".

obs. xxiii. — Le 24 janvier 1901 entra le nommé A. S., âgé de 23 ans.

Début de la lèpre tuberculeuse il y a 8 ans.

La narine droite très rétrécie, l'examen rhinoscopique impossible à exécuter. Le cornet inférieur gauche couvert de petits nodules ulcérés, la fosse nasale gauche est tapissée de croûtes noirâtres qui saignent au moindre attouchement.

Le cartilage de la cloison perforé à sa partie antérieure. Le voile du palais, la luette sont couverts de lépromes gros comme des petits pois, en partie ulcérés.

Naso-pharynx rien important à noter.

Le tympan gauche est épaissi. Le tympan droit fortement rétracté. Le manche du marteau très raccourci, apophyse courte proéminente.

Conduction osseuse bonne.

Par l'air, la montre s'entend : à droite 0^m,70/4^m, à gauche 1^m,50/4^m.

Voix chuchotée : à gauche 7^m, à droite 8^m,50.

Acoumètre : des deux côtés à 14^m.

Weber latéralisé à gauche.

Rinne : droite + 5", gauche + 7".

obs. xxiv. — M. J. F., paysanne âgée de 30 ans. Reçue le 20 septembre 1901.

Affectée depuis neuf ans de lèpre tuberculeuse.

Le nez aplati vers le bout est couvert de lépromes gros comme

des noisettes. La narine gauche très sténosée, de sorte qu'on ne peut examiner la fosse nasale gauche. La fosse nasale droite remplie de croûtes sanguinolentes, d'une odeur fade. La cloison cartilagineuse est perforée, en partie couverte de croûtes. La muqueuse de la cavité buccale très anémique. De la partie moyenne de la voûte palatine une cicatrice se prolonge sur les piliers postérieurs, qui sont soudés à la paroi postérieure du pharynx.

La luette raccourcie, épaissie, est couverte de quelques lépromes.

Les deux tympans sont rétractés.

La montre se perçoit bien par les os.

Par la conduction aéro-tympanique : à droite 0^m,75/4^m, à gauche 1^m,20/4^m.

Voix chuchotée : à droite 6^m, à gauche 7^m.

Acoumètre : à droite 6^m,50, à gauche 12^m.

Rinne : à droite + 20°, à gauche + 18°.

obs. xxv. — Avec la malade précédente, entra aussi son fils, âgé de 9 ans.

Depuis le mois de novembre 1900 il souffrait souvent d'épistaxis. Plus tard des macules firent leur apparition sur tout le corps. Actuellement la face est couverte de tubercules disséminés.

Les deux cornets inférieurs sont couverts de petites ulcérations.

Le pharynx est normal.

Les deux tympans médiocrement rétractés.

La conduction osseuse conservée.

Par la conduction aéro-tympanique, la montre est perçue à droite à 0^m,20/4^m, à gauche à 2^m,50/4^m.

Voix chuchotée : droite 8^m, gauche 7^m.

Acoumètre : droite 13^m, gauche 17^m.

Rinne : droite + 10°, gauche + 18°.

obs. xxvi. — Z. F., 52 ans. Entre à la clinique le 10 octobre 1901.

Atteint de lèpre tuberculeuse depuis douze ans.

La muqueuse nasale dans la fosse droite atrophique. La fosse nasale gauche tapissée de croûtes saignantes. Le malade souffre souvent d'épistaxis.

A la base de la luette une ulcération des dimensions d'une pièce de 50 centimes. Les piliers postérieurs du voile du palais rigides, épaissis. La muqueuse du pharynx atrophie, couverte d'un enduit muco-purulent.

Les deux tympans sont rétractés.

Par les os la montre s'entend bien.

Par la voie aéro-tympanique : à droite 0^m,30/4^m, à gauche 0^m,45/4^m.

Voix chuchotée : droite 7^m, à gauche 10^m.

Acoumètre : droite 7^m, gauche 12^m.

Weber latéralisé à gauche.

Rinne : droite + 23", gauche + 20".

obs. xxvii. — J. J., paysanne, âgée de 17 ans. Entrée le 22 novembre 1901.

Souffre de lèpre tuberculeuse depuis trois ans.

L'examen rhinoscopique empêché par la sténose nasale.

La cavité buccale présente un congloméré de lupomes qui s'étendent de la voûte palatine sur la luette et les piliers antérieurs.

A cause de la rigidité des piliers postérieurs le rhino-pharynx ne peut pas être examiné.

Les deux tympans moyennement rétractés.

Par les os la montre est bien perçue.

Par voie aérienne elle s'entend : à droite à 0^m,50/4^m, à gauche à 1^m/4^m.

Voix chuchotée : droite 7^m, gauche 6^m,50.

Acoumètre : droite 6^m, gauche 10^m.

Rinne : droite + 20", gauche + 17".

obs. xxviii. — G. D., 40 ans. Entré le 13 décembre 1901. Début de la lèpre tuberculeuse il y a huit ans.

Narine gauche sténosée par un anneau cicatriciel, la fosse nasale droite tapissée par des croûtes noirâtres, qui saignent facilement. Le cartilage de la cloison est perforé.

Sur la ligne médiane de la voûte palatine et du voile du palais on trouve un amas de lépromes. Des adhérences se sont formées entre les piliers postérieurs et la paroi postérieure du pharynx.

Tympan gauche épaissi. Tympan droit rétracté.

La montre s'entend bien par les os du crâne.

Par la voie aéro-tympanique : droite 2^m/4^m, gauche 1^m,50/4^m.

Voix chuchotée : droite 8^m, gauche 10^m.

Acoumètre : droite 10^m, gauche 9^m.

Weber n'est pas latéralisé.

Rinne : droite + 12", gauche + 15".

obs. xxix. — Le 26 janvier 1902 entre à la clinique le nommé N. G., 27 ans.

Début de la lèpre en juillet 1897.

Assez bien développé, notre malade a sur la figure, les membres, des lésions typiques de lèpre tuberculeuse.

Les narines sont réduites par des cicatrices. Sur le cartilage de la cloison on trouve de chaque côté une petite ulcération. Les cornets inférieurs présentent quelques petites ulcérations recouvertes de croûtes saignantes.

Les deux tympans moyennement rétractés.

Conduction osseuse du son conservée.

Par l'air le malade entend la montre à droite à $2^m/4^m$, à gauche à $3^m/4^m$.

Voix chuchotée : droite 7^m , gauche 10^m .

Acoumètre : droite 12^m , gauche 10^m .

Le diapason vertex n'est pas latéralisé.

Rinne : droite + $10'$, gauche + $12'$.

obs. xxx. — J. M., 52 ans. Entre le 15 mars 1902.

Début de la lèpre en mai 1901.

Depuis le mois d'octobre 1901 l'ouïe est devenue plus faible.

Les narines laissent à peine passer le stylet, tellement elles sont réduites par des cicatrices.

Les piliers du voile du palais sont épaissis, rigides. Sur la luette, à sa partie antérieure, près de la base, on observe deux petites ulcérations circulaires.

Les deux tympans rétractés. Le manche du marteau raccourci.

Conduction osseuse bonne.

Par voie aérienne la montre s'entend : à droite à $0^m,50/4^m$, à gauche à $0^m,20/4^m$.

Voix chuchotée : droite $0^m,50$, gauche $0^m,35$.

Acoumètre : droite 1^m , gauche $0^m,80$.

Weber latéralisé à droite.

Rinne : droite — $10'$, gauche — $8'$.

III

On ne peut dire que le pronostic de l'otite moyenne catarrhale dans le lupus et la lèpre soit favorable, comme un traitement par le cathétérisme et le bougirage de la trompe d'Eustache est très difficile, pour ne pas dire impossible à exécuter.

Chez plusieurs malades il existe une sténose des fosses nasales telle, qu'à peine un stylet puisse passer. Chez d'autres des croûtes obstruent les fosses nasales en partie ulcérées, dont

on ne peut débarrasser le nez qu'au prix d'une guérison du lupus et de la lèpre des fosses nasales.

Or, si on faisait le cathétérisme ou le bougirage de la trompe avant d'atteindre ce résultat, on pourrait ajouter une suppuration au processus chronique déjà existant. Voilà pourquoi la perméabilité de la trompe n'a pas été recherchée chez mes malades, d'autant moins ai-je pensé à un traitement de l'affection auriculaire.

En terminant, je remercie M. le professeur Pétrini-Galatz, qui a bien voulu mettre à ma disposition les malades de la clinique dermato-syphiligraphique.

III

NOUVEAU PROCÉDÉ DE RHINOPLASTIE PARTIELLE POUR RESTAURATION DE LA SOUS-CLOISON

Par Aimar **RAOULT**, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le procédé que j'ai employé dans le cas qui fait l'objet de ce travail, pour restaurer la sous-cloison, ne me paraît pas avoir été utilisé par les différents chirurgiens qui se sont occupés de la rhinoplastie. Le tracé des lambeaux, en suivant les sillons naturels du bord inférieur des ailes du nez, ainsi que les saillies bordant le sillon médian de la lèvre supérieure, m'a permis d'obtenir une cicatrice à peine visible, et n'a laissé aucune déformation de la lèvre et de l'aile du nez. Je désirais en effet dans ce cas, obtenir le meilleur résultat esthétique, car il s'agissait d'une fillette.

Les procédés classiques prennent le lambeau soit dans l'épaisseur de la lèvre (procédés du Dupuytren, de Chalot, de Gensoul, de Serre, de Blandin); soit sur la partie latérale du nez (procédés de Hueter, de Dtreffenbach). Il reste ensuite dans ces points une perte de substance qui est comblée par des points de suture; mais il se fait aussi un tiraillement produisant, dans le premier cas un pincement de la lèvre supérieure, dans le second cas une asymétrie du nez, dont le lobule est fatalement reporté du côté où a eu lieu l'emprunt du lambeau. Enfin, dans le procédé de Ch. Nélaton (ostéoplastie) le lambeau semi lunaire sectionne la lèvre supérieure horizontalement; puis par un coup de gouge on enlève l'épine nasale qui est reportée en haut et suturée au lobule. Cette épine est destinée à refaire le squelette de la sous-cloison. Ce procédé a l'avantage de donner un soutien aux parties molles, mais il doit être complété par le lambeau du procédé de Serre.

Dans le procédé que j'indique, le tiraillement du lambeau s'exerce de bas en haut et de dehors en dedans, et se fait sentir dans la partie inférieure de la joue, partie très mobile ; ce qui ne donne pas de déformation.

Voici l'observation de la petite malade :

A. D. fillette de 13 ans, lymphatique, m'est envoyée par mon excellent confrère le Dr Guidon, le 29 juillet 1901. Elle se plaint d'obstruction nasale ; et de plus elle présente à l'entrée de la narine droite des croûtes dures recouvrant une muqueuse ulcérée et saignant facilement. L'enfant est porteur de végétations adénoïdes, dont je pratique l'ablation le 23 septembre. Entre temps, j'ordonnai des lavages de la région ulcérée, suivis d'applications de pommade à l'oxyde de zinc. De plus, je fis un certain nombre de cautérisations de cette partie malade au galvano-cautère, ainsi que des scarifications. Malgré ce traitement, la lésion lupique envahit complètement la sous-cloison et l'entrée du plancher des narines.

Le 10 décembre 1901, je pratiquai sous le chloroforme un curettage complet de toutes les parties malades, et je gardai l'enfant assez longtemps à la Clinique, jusqu'à cicatrisation complète de la plaie opératoire. Durant ce temps, je pratiquai des cautérisations fréquentes à l'acide lactique pur, et s'il était nécessaire des curettages, lorsqu'un bourgeonnement exubérant tendait à se faire.

A la suite de la cicatrisation, il restait un orifice béant représentant les deux narines communiquant entre elles ; la sous-cloison (tissus mous et cartilage), et une portion du bord antérieur du cartilage quadrangulaire étaient détruites. Il restait néanmoins une lamelle cartilagineuse dissimulée derrière le lobule et représentant l'extrémité antérieure du cartilage triangulaire de la sous-cloison. C'est ce reste de cartilage, bien peu volumineux cependant, qui me permit de refaire un squelette à la sous-cloison, que je me proposais de restaurer.

Je laissai passer un temps assez long avant de refaire cette restauration, afin d'être sûr que la cicatrisation était parfaite.

Le 29 septembre 1902, l'enfant étant chloroformée, je procédai à cette rhinoplastie.

Voici les différents temps de l'opération

1° Deux incisions. AC et A'C' partent en haut de la ligne médiane, au niveau de l'épine nasale, se dirigent en bas de chaque côté du sillon sous-nasal, en suivant les saillies qui le bordent. Ces incisions vont jusqu'à la muqueuse de la lèvre; elles circonscrivent un triangle représenté par ce sillon sous-nasal. La section des parties molles est poussée jusqu'au périoste dans la partie supérieure.

2° Deux incisions arrondies partant de B et de B' suivent le point d'insertion des ailes du nez, et le bord inférieur de l'entrée des narines, et s'arrêtent en dedans à environ 5 millimètres des extrémités supérieures des incisions précédentes.

3° Entre ces deux points extrêmes, la section est prolongée en raquette sur le plancher même du vestibule de la fosse nasale, prenant le plus loin possible, la muqueuse qui vient former l'extrémité supérieure de chaque lambeau.

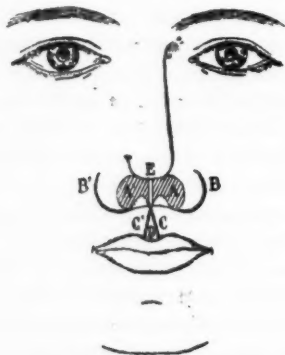


Figure schématique

A et A' extrémité supérieure du lambeau en forme de raquette formé aux dépens de la muqueuse du plancher de la narine; cette extrémité est déformée en pointillé et figurée en raccourci; elle vient se raccorder en dehors avec l'incision B et en bas avec l'incision C. Ces deux extrémités supérieures doivent être plus rapprochées sur la ligne médiane que ne le figure le dessin.

B et B' incision externe suivant le sillon des ailes du nez.

C et C' incision inférieure bordant le sillon sous-nasal de la lèvre supérieure.

D triangle laissé en place entre ces deux dernières incisions, et répondant au sillon sous-nasal.

E lobule du nez.

On aperçoit dans le fond la cloison nasale ombrée.

Chaque lambeau B A C et B' A' C' est donc composé : a) d'un trapèze tracé aux dépens de la lèvre supérieure, à grande base inférieure et à petite base supérieure ; b) cette base supérieure est prolongée en haut par une extrémité en raquette taillée aux dépens de la muqueuse du plancher du vestibule de la fosse nasale. Ces deux lambeaux sont disséqués avec soin, en prenant le plus d'épaisseur possible de tissus ; les ailes du nez sont complètement désinsérées, au niveau du sillon qui les limite.

4° Avivement du bord inférieur du lobule du nez, en pointe, à sommet inférieur. Désinsertion, en allant d'arrière, en avant, de la lamelle cartilagineuse, représentant les restes du cartilage de la sous-cloison, en la séparant de la branche externe du cartilage de l'aile du nez. La partie antérieure de cette lamelle est laissée adhérente au lobule. Ce lambeau cartilagineux est rabattu d'arrière en avant ; il servira à former le squelette de la sous-cloison. La muqueuse qui le recouvre est soigneusement avivée sur ses faces.

5° Les lambeaux B A C et B' A' C' sont tirés en haut et en dedans. Un gros fil d'argent servant de broche est placé à peu près au milieu de la lèvre supérieure (à égale distance de la muqueuse labiale et de l'épine nasale) et est enfoncé jusqu'au périoste ; il comprend les deux lambeaux et le triangle cutané représentant le sillon sous-labial. Ce fil sert à immobiliser les lambeaux en haut, et évite les tiraillements sur le lobule ; il prend un point d'appui sur les tissus du triangle du sillon sous-cutané labial laissés en place.

6° Suture des extrémités A et A' provenant de la muqueuse nasale, à l'extrémité du lobule ; suture médiane des lambeaux entre lesquels est placée la lamelle cartilagineuse adhérente en haut au lobule. On place encore quelques points de suture au catgut, de façon à bien appliquer l'un à l'autre les deux lambeaux sur la ligne médiane, puis entre le bord supérieur du lambeau cutané et le bord antérieur de la muqueuse du plancher du vestibule. Enfin les ailes sont reportées un peu plus en arrière que leur siège antérieur, et suturées à la portion horizontale la plus reculée du lambeau.

Les fils des points de suture furent retirés le huitième jour.

Les résultats de cette restauration de la sous-cloison furent excellents ; il resta seulement un léger abaissement de l'extrémité du nez, auquel on pourra remédier, quand la famille de l'enfant y consentira, par une injection sous-cutanée de paraffine. Les cicatrices des bords du lambeau sont à peine visibles.

Je pense que le procédé que j'ai employé dans ce cas donne de meilleurs résultats que ceux employés ordinairement pour les raisons suivantes :

1° Le tracé des lambeaux suit les sillons et les saillies naturelles, et laisse par là même des cicatrices peu visibles.

2° La partie supérieure des lambeaux obtenue en les prolongeant sur la muqueuse du plancher nasal leur procure une longueur suffisante pour éviter les tiraillements.

3° La lamelle du cartilage, reste du cartilage de la sous-cloison, donne un soutien aux lambeaux dont elle forme le squelette.

4° Le triangle de la lèvre supérieure restant en place, présente un soutien destiné à empêcher les lambeaux de tirer sur le lobule.

NOTICE BIBLIOGRAPHIQUE

BLANDIN. — *Bulletin Académique*, t. IV, p. 558.

DEMONS. — *Bull. et mémoires de la Soc. de chirurgie*, 1881, t. VII p. 300.

REFFENBACH. — *Chirurg. Erfahrungen*, Berlin, 1829-34.

DUVERNOY. — De la rhinoplastie partielle. *Th. de Paris*, 1901.

HUETER. — *Zur Rhinoplastik*. Berlin. *Klin. Woch.*, 1869, t. VI, p. 5.

MONOD ET VARVERTS. — *Traité de technique opératoire*, 1902, t. I.

CH. NÉLATON. — In *Thèse de Faitout*, Paris, et *Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie*, 1900, t. XXVI.

SERRA. — *Traité sur l'art de restaurer les difformités de la face*. Montpellier, 1842, p. 271.

IV

DES MALADIES DE L'OREILLE CONSIDÉRÉES AU POINT DE VUE DE L'ASSURANCE SUR LA VIE

Par le Dr **BOULAY.**
Ancien interne des hôpitaux

Jadis les Compagnies d'assurance sur la vie faisaient si peu de cas des affections de l'oreille qu'elles n'en tenaient aucun compte dans les examens d'admission ; aujourd'hui, toutes ou presque toutes refusent impitoyablement, et sans plus ample informé, tout candidat atteint d'un écoulement de l'oreille. Mépris ouvertement professé dans le premier cas, prohibition systématique dans le second ne sont-ils pas au même titre le témoignage d'un sans-gêne peu justifié vis-à-vis d'un organe pour lequel il serait si facile et si utile d'avoir un peu plus de considération ? Ce changement d'attitude des Compagnies a sans doute sa raison d'être ; il est fort possible qu'elles aient reçu une leçon de choses et qu'elles aient appris autrement que dans les livres, et vraisemblablement à leurs dépens, qu'une caisse suppurante est un voisinage dangereux pour l'encéphale : c'est une vérité qui commence à se faire jour dans le public médical. Mais, en accordant une valeur pronostique aussi considérable à un symptôme qu'elles ont si longtemps tenu pour négligeable, ne sont-elles pas tombées d'un excès dans un autre ?

D'autre part, est-il de leur intérêt bien compris de ne retenir, comme dignes de fixer leur attention, que les seules lésions auriculaires se signalant par un écoulement extérieur ?

Une réponse à ces questions a été donnée par le Dr H. Bürger dans un rapport présenté l'an dernier au deuxième Congrès

international des médecins de Compagnies d'assurances (Amsterdam, septembre 1901). Nous nous proposons d'étudier ce sujet à sa suite, en prenant pour guide son très intéressant travail.

La façon dont les Compagnies se comportent vis-à-vis de l'oreille est passible de trois reproches.

1° Les Compagnies limitent le champ de leur suspicion à la surdité et aux écoulements par le conduit : or, nous verrons qu'il est des affections auriculaires dans lesquelles ces deux symptômes font défaut ou passent inaperçus et qui n'en présentent pas moins un intérêt capital au point de vue de l'appréciation de la durée probable de la vie.

2° Au lieu d'exiger un diagnostic précis, c'est-à-dire le diagnostic d'une lésion étudiée dans sa nature, son siège, son étendue en surface et en profondeur, etc., et par suite un pronostic raisonné, les Compagnies demandent à leurs médecins de reconnaître l'existence d'un symptôme banal, tel que l'otorrhée ou la surdité !

Prenez connaissance du questionnaire auquel le médecin examinateur doit répondre dans son rapport et vous y trouverez presque uniformément la formule suivante : « Remarquez-vous ou soupçonnez-vous quelque sérieuse altération de l'ouïe ? de l'otorrhée ? » Après avoir répondu par oui ou par non à ces deux questions, le médecin a rempli son rôle vis-à-vis de la Compagnie. Je sais bien que l'existence d'un écoulement purulent chronique par le conduit est le plus souvent l'indice d'une lésion de l'oreille moyenne ; mais le fait n'est pas constant et ce diagnostic approximatif est vraiment trop superficiel, car : a) d'une part l'otorrhée n'est pas forcément une manifestation d'otite moyenne : elle peut être symptomatique d'une dermatite du conduit, affection qui n'est guère susceptible d'abréger l'existence ; b) d'autre part, l'otite moyenne suppurée chronique ne se traduit pas toujours par un écoulement au dehors : pendant de longs mois, pendant des années, celui-ci peut faire défaut, et ce peut être le cas au moment de l'examen ; c'est alors de bonne foi que le candidat niera toute otorrhée ou ne se souviendra en avoir eu que pendant l'enfance, e cependant un examen otoscopique pourra faire reconnaître

une lésion profonde de l'attique avec carie des osselets, pus épais et concrété ou productions cholestéatomateuses, signes d'un pronostic particulièrement sévère. Otite moyenne chronique suppurée et otorrhée ne doivent donc pas être prises comme synonymes : le mot otorrhée employé trop souvent pour désigner l'otite moyenne suppurée est un terme impropre, car il ne représente qu'un des symptômes de la maladie ; c'est une expression qu'on pourrait avec avantage rayer du vocabulaire médical.

Il est peu probable qu'en cas d'affection des poumons ou des bronches les Compagnies se contenteraient du diagnostic d'*expectoration* ; pourquoi sont-elles plus négligentes en ce qui concerne les lésions auriculaires et se contentent-elles de la constatation du symptôme *otorrhée* ?

3° Les Compagnies semblent s'exagérer quelque peu les risques de mort attribuables aux suppurations chroniques de l'oreille. Je n'ignore pas qu'on a écrit que tout individu dont l'oreille suppure porte en lui la cause de sa mort : c'est là une excellente formule pour attirer l'attention des médecins sur la gravité des otites suppurées, mais peut-être serait-il plus juste de dire moins pompeusement que ce malade porte en lui une cause possible de mort. Combien d'otitiques voyons-nous suppurer d'une façon interminable sans jamais présenter la moindre complication, locale ou générale, menaçante pour l'existence, et succomber à une affection absolument indépendante de leurs lésions auriculaires.

Il s'en faut donc de beaucoup que toutes les otites suppurées chroniques soient mortelles : il y a parmi elles des cas graves et des cas bénins ; c'est à faire cette distinction que devraient s'attacher les Compagnies. N'y a-t-il pas moyen en effet, une fois l'otite moyenne suppurée sûrement diagnostiquée, d'aller plus loin et de discuter les chances de survie ou de mort que présente chaque cas particulier ? Tel candidat atteint de suppuration de l'oreille doit-il être admis sans réserve, admis avec surprise ou pour un temps limité, ou bien enfin refusé absolument ? Voilà des questions qui devraient, semble-t-il, intéresser les Compagnies, si elles ne veulent pas se priver de nombreux adhérents offrant des garanties suffisantes.

A la vérité, leur négligence vis-à-vis de l'oreille trouve une sorte d'excuse dans l'indifférence officiellement professée par les Ecoles et Facultés pour les maladies de cet organe : l'otologie n'est-elle pas en haut lieu une des parties les plus dédaignées de la science médicale ?

Quand les Compagnies connaîtront mieux leurs intérêts, elles cesseront de se désintéresser de ce sujet.

Quelques-uns de leurs médecins ont déjà commencé à les éclairer. Dès 1876 Lewelyn Thomas (*Brit. med. journal*, juin 1876, p. 751) attirait l'attention des Compagnies d'assurance sur le danger des otites moyennes suppurées et de leur complication encéphaliques. P. Cassells, en 1877 d'abord (*Brit. med. journ.*, mars 1877), puis en 1879 (Congrès intern. des sc. méd., Amsterdam, 1879, section d'otologie, p. 293) traita la question dans son ensemble et chercha à mettre en évidence l'intérêt qu'ont les Compagnies à apprécier convenablement l'état de l'oreille, au lieu de se contenter d'un examen superficiel. Plus récemment, dans leur dernier Congrès international (Amsterdam, 1901), les médecins de Compagnies d'assurances ont mis à l'ordre du jour la question des maladies de l'oreille considérées au point de vue de l'assurance sur la vie.

Ce qu'il importe aux Compagnies de connaître, c'est l'influence qu'une maladie donnée de l'oreille peut exercer sur la durée probable de la vie. Or, cette influence est des plus variables et l'on ne saurait ériger en règle uniforme que les affections se traduisant par un écoulement d'oreilles soient toutes une menace pour l'existence et qu'inversement les affections non accompagnées d'écoulement ne soient jamais dangereuses.

Il est bien évident, par exemple, que les tumeurs malignes de l'oreille externe, pavillon ou conduit, doivent faire rejeter toute idée d'assurance. Exception cependant peut être faite pour les néoplasmes malins du pavillon, lorsqu'ils sont bien circonscrits et susceptibles d'être enlevés largement avec une portion du pavillon : si, trois ans au moins après l'excision, il n'y a pas eu de récurrence, il n'y a plus lieu de refuser une assurance ; on sera seulement en droit d'exiger une surprime.

Les mêmes considérations s'appliquent au lupus du pavillon :

tant qu'il est en évolution, on doit craindre qu'il ne s'étende au conduit et à la caisse ; par contre, s'il arrive à guérison complète, ce qui n'est pas exceptionnel, on peut accorder l'assurance.

Les otites externes aiguës, qu'elles soient diffuses ou circonscrites, doivent faire différer l'admission du candidat, moins en raison de leur gravité propre, qu'à cause de l'obstacle momentanément apporté par la tuméfaction des parois du conduit à l'examen du tympan et de la caisse.

L'eczéma chronique, sec ou suintant, ne saurait être un obstacle à l'assurance. Par contre, les sténoses fibreuses et les grosses exostoses du conduit peuvent fournir matière à hésitation : sans gravité par elles-mêmes dans la majorité des cas, elles peuvent créer un sérieux danger lorsqu'une otite moyenne suppurée se développe derrière elles ; car elles constituent un obstacle à l'écoulement du pus et favorisent ainsi sa rétention et sa diffusion vers la cavité crânienne. Mais si le rétrécissement du conduit aggrave le pronostic d'une otite suppurée préexistante et doit faire différer l'admission chez les malades atteints simultanément des deux affections, il serait, semble-t-il, trop sévère de faire fond sur la possibilité éventuelle d'une otite suppurée pour refuser un candidat qui n'aurait d'autre lésion qu'une sténose du conduit.

La guérison est la terminaison habituelle de l'otite moyenne aiguë, qu'elle soit congestive, catarrhale ou purulente ; ce n'en est cependant pas la terminaison absolument constante : l'affection peut passer à l'état chronique ; elle peut aussi devenir l'origine de complications mortelles. Une statistique de Bezold (*Ueberschau über den gegenwertigen Stand der Ohrenheilkunde*, Wiesbaden, 1895, p. 155), portant sur 658 cas observés de 1881 à 1892, indique 4 décès imputables en toute certitude à l'otite, soit une proportion de 0,6 %. Burger, de son côté, a observé un cas de mort sur 322 malades atteints d'otite moyenne aiguë et traités par lui de 1892 à 1901, ce qui donne une proportion de 0,25 % environ. Une otite moyenne aiguë en cours d'évolution doit donc faire ajourner temporairement le candidat : une fois l'otite guérie, il n'y aura plus de motif auriculaire de refuser l'assurance.

L'otite moyenne purulente chronique est l'affection de l'oreille qui doit intéresser le plus le médecin de Compagnie d'assurance, non seulement parce qu'elle est très fréquente, mais aussi parce qu'elle est l'origine de la plupart des complications mortelles des maladies de l'oreille : phlébite du sinus latéral, abcès sous-dure mérien, cérébral ou cérébelleux, méningite, pyohémie, ulcération de la carotide interne, etc. Son diagnostic doit donc être établi avec précision et les risques de complications courues par le malade dans chaque cas particulier doivent être évalués avec soin. Lorsque les Compagnies parlent d'otorrhée, c'est cette affection qu'elles ont en vue, ce sont ses complications possibles qu'elles redoutent. Or, « tandis qu'ailleurs elles s'efforcent toujours de baser leurs calculs sur une statistique sérieuse, ici elles ont abandonné le terrain scientifique et se sont laissé amener, par quelques cas d'abcès cérébraux, à condamner impitoyablement toute otorrhée ».

Il est fort difficile d'évaluer avec quelque précision la fréquence de la mort par maladies de l'oreille. Seuls les grands hôpitaux et les policliniques peuvent fournir des éléments pour ce calcul : or, dans les premiers viennent mourir la majorité des cas compliqués, dans les secondes se font soigner, d'ailleurs irrégulièrement et passant de l'une à l'autre, les malades peu gravement atteints. Ces réserves faites, voici les chiffres obtenus.

Si l'on veut connaître la fréquence des décès à la suite de suppuration d'oreille, par rapport au nombre des décès total, il faut s'adresser aux statistiques dressées dans les hôpitaux généraux où l'on fait l'autopsie soigneuse de tous les cadavres indistinctement. La plus étendue de ces statistiques est celle de Pitt qui, sur 9 000 autopsies pratiquées à Guy's Hôpital de 1869 à 1888, a relevé 57 morts par suppuration de l'oreille, ce qui représente 1 décès de cause auriculaire sur 158 autopsies. Barker est arrivé à un résultat analogue en relevant 45 morts par l'oreille sur 8 028 décès survenus en douze ans dans trois autres hôpitaux de Londres.

Pour avoir une idée de la fréquence des complications mortelles par rapport au nombre des cas de suppuration auriculaire, on consultera les statistiques : a) De Chauvel qui, sur

1 137 otites moyennes suppurées, aiguës ou chroniques, a relevé une méningite, deux abcès cérébraux, deux phlébites des sinus et deux pyohémies, soit une proportion de décès de 0,62 % ;

b) De Schwartz qui, sur 8 425 soldats atteints de suppuration de l'oreille, observa 30 cas de morts, soit 0,35 % ;

c) De Barker qui, sur 820 otites aiguës ou chroniques, traitées à l'University College Hospital, constata une mortalité d'environ 2,5 %.

Ces diverses statistiques ont le défaut de ne pas faire de distinction entre les otites aiguës et chroniques, si bien que ces chiffres ne sont guère utilisables au point de vue des assurances. Les statistiques suivantes n'ont pas cet inconvénient :

d) De Bezold, dont la statistique porte sur 1 701 otites moyennes purulentes chroniques : 8 de ces malades succombèrent en toute certitude à des complications d'origine auriculaire ; la mortalité serait donc de 0,47 % ;

e) De Bürger qui, ayant réuni tous les cas de suppuration chronique de la caisse observés dans sa pratique civile de juillet 1892 à juillet 1901, a noté 539 oreilles malades chez 438 patients : sur ce total il n'eut que 2 cas d'issue mortelle, ce qui fait 0,37 % du total des cas observés et 0,46 % du total des patients.

En réunissant ces deux dernières statistiques et en déduisant, d'une part, le nombre relativement considérable des malades qui n'étaient pas encore guéris à leur dernière visite et, d'autre part, ceux qui ne se sont montrés qu'une fois ou un petit nombre de fois, on obtient une mortalité approximative de moins de 1 %. Mais il est vraisemblable que ce chiffre diminuera dans l'avenir, les malades devant bénéficier des progrès de la chirurgie auriculaire et intra-crânienne.

Il n'y a donc qu'un nombre de cas relativement restreint d'otites suppurées chroniques qui se terminent par la mort. Y a-t-il moyen de reconnaître à l'avance les cas qui doivent être mortels ? Ce n'est possible que dans une certaine mesure.

Doivent être considérés comme cas sérieux ou graves et être exclus de l'assurance ceux où l'on constate avec certitude, ou

seulement d'une façon très probable, une suppuration de l'attique ou de la mastoïde, une affection de nature tuberculeuse ou cholestéatomateuse, une lésion osseuse, une paralysie faciale, l'existence de vertiges ou de céphalalgie, un rétrécissement considérable du conduit auditif externe s'opposant au libre écoulement du pus.

Les cas d'otite purulente chronique qui ne présentent pas ces signes peuvent être considérés comme relativement bénins et offrent une mortalité si minime que les Compagnies d'assurance n'ont pas de raison de les refuser systématiquement : pour obéir à leur tendance moderne, qui est d'élargir de plus en plus leur champ d'action, elles peuvent les accepter, à des conditions plus onéreuses peut-être, telles qu'augmentation de prime ou calcul d'après un âge plus avancé, quitte à faire examiner et juger chaque cas par un spécialiste compétent.

Lorsque la suppuration est complètement tarie, l'admission est sans inconvénient : les cicatrices, calcifications, adhérences consécutives diminuent l'acuité de l'ouïe, mais restent sans influence possible sur la durée de la vie. Toutefois, une perforation sèche permanente de la membrane augmentant les chances de récurrence de la suppuration, est un motif d'aggravation du risque.

Une ancienne suppuration de l'oreille guérie par une cure radicale a droit à l'admission à l'assurance, malgré une grande perte osseuse ou la persistance d'une ouverture rétro-auriculaire. Une surprime devra cependant être exigée dans les cas où l'affection primitive était de nature tuberculeuse ou cholestéatomateuse : un rapport sur la nature du processus sera demandé à l'opérateur et, en cas d'affirmative, l'assurance ne sera accordée qu'après deux ou trois ans de guérison constatée. Une paralysie faciale persistante ne sera plus un motif d'exclusion, une fois la suppuration définitivement tarie.

Les formes humides ou sèches du catarrhe chronique, la sclérose de la caisse sont absolument inoffensives et ne donnent aucune crainte de complication mortelle au médecin examinateur. Toutefois, la surdité qui accompagne ces affections peut faire exiger une petite augmentation de prime, surtout lorsqu'elle est bilatérale et prononcée, en raison des dangers

auxquels sont exposés les sourds dans les rues populeuses des villes.

Pour la même raison, les cas graves de vertige auriculaire ne seront admis qu'avec une surprime dont le chiffre variera avec le genre de profession du proposant.

De ces considérations il faut conclure que :

1° Il est de l'intérêt des Compagnies d'assurance sur la vie de tenir compte, plus qu'elles ne l'ont fait jusqu'ici, de l'état des oreilles des proposants ;

2° A cet effet, il est nécessaire qu'elles précisent les questions auxquelles doit répondre le médecin examinateur en ce qui concerne cet organe ;

3° Dans les cas où l'interrogatoire fait pressentir l'existence d'une lésion auriculaire, il doit être procédé à un examen approfondi par un spécialiste compétent.

UNE SOUFFLERIE SIMPLE POUR LE TRAITEMENT AÉROTHERMIQUE.

Par **M. LERMOYEZ** et **G. MAHU**

La meilleure source d'air pour alimenter l'appareil aérothermique dont nous avons précédemment donné la description ⁽¹⁾, est sans contredit, l'air comprimé, soit en tubes d'acier à 120 atmosphères, soit distribué, au moyen d'une canalisation par la compagnie Popp. Malheureusement, de nombreuses villes de province et de l'étranger ne sont pas approvisionnées d'air comprimé et, pour cette raison, la méthode qui nous a donné des résultats si satisfaisants dans le traitement de certaines affections des premières voies respiratoires et en particulier des rhinites vaso-motrices et de l'hydrorrhée nasale, n'a pu jusqu'à présent être mise en pratique par nos confrères de ces régions.

En vue de combler cette lacune, et après de nombreux tâtonnements, nous nous sommes arrêtés au choix d'une soufflerie simple, peu encombrante et susceptible, lorsqu'on suit la manœuvre, de fournir l'air en quantité et sous une pression suffisantes pour alimenter régulièrement notre générateur d'air chaud.

C'est le soufflet de 0^m,20, n° 8, de la maison Enfer et fils de Paris, mesurant extérieurement 0^m,30 de large sur 0^m,62 de hauteur et pouvant, par suite, se placer sans inconvénient sous une table.

(1) LERMOYEZ et MAHU. — « Nouvelle méthode de traitement des affections du nez par les applications d'air chaud, (*Ann. des mal. de l'or. du lar., du nez et du phar.* Tom. XXVI, n° 9, juillet 1900).

La pédale dont le grand bras de levier a 0^m,30 de long est articulée près du point d'appui et peut ainsi se replier le long du corps de la soufflerie afin d'éviter toute gêne au dehors.



A cette occasion nous croyons bon de rappeler en quelques mots la technique de notre procédé :

1° Allumer deux ou trois minutes avant la séance le bec Bunsen dont la flamme ne doit pas dépasser les bords inférieurs du cylindre ;

2° Avant de visser la canule, faire passer dans tout le système de l'air avec une forte pression jusqu'à ce qu'on ait obtenu à l'extrémité du tube de l'air à une température d'environ 70°.

3° A ce moment visser la canule et faire l'insufflation en réglant la sortie de l'air à la pression voulue ;

4° Les applications nasales ont une durée qui ne dépasse pas 4 minutes en tout, soit des séances de 1 minute à droite, 1 minute à gauche, répétées deux fois. Après la première insufflation de 1 minute on peut généralement éteindre le gaz, la chaleur acquise par le serpentín suffisant pour terminer la séance ;

5° L'extrémité de la canule doit être le plus près possible de la surface de la muqueuse à influencer — 1 ou 2 millimètres.

Manière de prendre la température. — Ensermer l'extrémité libre de la canule par un petit tube en caoutchouc d'un diamètre intérieur à peu près égal à celui de cette canule et de 3 ou 4 centimètres de long. Introduire dans l'intérieur du tube le réservoir d'un thermomètre rapide, d'un calibre inférieur à celui de ce tube : en quelques instants on a la température de l'air à sa sortie.

Mais on s'habitue rapidement à évaluer approximativement la température de l'air avec le dos de la main gauche placée à une distance moindre que 1 centimètre et même rien qu'à l'aide de la sensation de chaleur perçue par la main droite qui tient le tube en caoutchouc isolateur pendant l'insufflation.

Régulateur de température et de pression. — D'une manière générale, les applications d'air surchauffé doivent être faites sans faire usage du régulateur, c'est-à-dire l'orifice latéral fermé par l'écrou.

Si l'on ouvre le régulateur — la source de chaleur et la pression restant constantes — à l'origine, — on obtient un jet d'air moins fort mais plus chaud à sa sortie de la canule.

Si le régulateur est fermé, c'est-à-dire si l'on n'en fait pas usage, la température s'élèvera à l'extrémité de la canule :

1° Lorsqu'on augmentera la pression de l'air ;

2° Lorsqu'on augmentera l'intensité de la chaleur ;

3° Proportionnellement au temps écoulé si la pression initiale et la source de chaleur restent constantes.

VI

UN CAS D'ÉCARTEMENT DES OS PROPRES DU NEZ CAUSÉ PAR D'ÉNORMES ET NOMBREUX FIBRO- MYXOMES DES FOSSES NASALES

Par **L. DE PONTIERE** (de Charleroi).

La rhinologie pathologique est presque muette au sujet des déformations de la charpente osseuse des fosses nasales, causées par les vulgaires fibro-myxomes.

Le nombre d'observations publiées étant encore assez restreint (Colles ; — Velpeau ; — Treitel, *Arch. f. laryngol.*, 1901, cités par Lichtwitz ; — Lichtwitz, *Archives internationales de laryngologie*, n° 6, 1901 ; — Melzi, *Archivio italiano di otologia, rinologia e laringologia*, vol. XIII, n° 1, 1902), j'ai cru utile de publier cette relation qui me paraît être un exemple typique du pouvoir déformateur des polypes du nez.

Le 14 janvier 1900, mon excellent confrère et ami le Dr Lambotte, de Couvin, m'adresse un de ses clients, M. L., de Pé-tigny.

Ce qui frappe à première vue, c'est le développement excessif du nez qui a acquis un volume réellement remarquable.

La racine du nez est considérablement élargie, sans être affaissée ; les ailes du nez, refoulées par des myxomes qui font saillie à l'entrée des narines, empiètent largement sur les joues ; un certain degré d'exophtalmie donne en outre au porteur de cette énorme pyramide nasale un facies très bizarre.

M. L... est âgé de 45 ans, sans antécédents, et depuis *plus de vingt ans* il a assisté à l'obstruction progressive de ses fosses nasales, à l'écartement des ailes et des os propres de son nez sans en ressentir trop d'inconvénients : à part le nasonne-

ment et une inévitable sécheresse pharyngée, il ne se trouve pas incommodé et ce n'est que pour rétablir l'harmonie dans ses traits qu'il vient consulter. Pas de céphalalgie ni de névralgies.



L'anosmie est absolue. Un suintement continu de mucosités filantes se fait par les deux narines.

Cette extrême tolérance mérite d'être notée.

Le spéculum était naturellement superflu pour le diagnostic.

Le pharynx buccal, vaste, présentait une rougeur intense, diffuse.

À la rhinoscopie postérieure on voit de gros myxomes occuper les cavités choanales, faisant hernie dans le cavum et reposant sur le voile palatin qui est sensiblement déprimé.

En deux séances je pratiquai l'enlèvement à l'anse froide de ces myxomes ; la perte de sang fut insignifiante. Le nombre et le volume des polypes étaient extraordinaires : certains d'entre eux atteignaient les dimensions d'un œuf de pigeon.

La muqueuse des cornets moyens et supérieurs était en dégénérescence myxomateuse ; pas de suppuration dans les méats. Les cornets inférieurs étaient sains mais refoulés en dehors, ainsi que les branches montantes des maxillaires supérieurs, ce qui donnait aux fosses nasales une ampleur exceptionnelle.

Les *os propres* du nez sont réellement *disjoints* sur la ligne médiane, et fortement rejetés en dehors ; la distance entre leurs extrémités libres atteint 5 centimètres 1/2 !

Aucun signe de sinusite *purulente* n'existe.

L'ethmoïde toutefois, comme semble le démontrer l'exophtalmie qui n'est pas congénitale, a dû présenter un certain degré de périostite, et d'inflammation au moins catarrhale de ses cellules qui aura provoqué la formation des myxomes.

Quant aux *os propres*, leur situation, le tassement et l'organisation fibreuse des myxomes situés à leur niveau montre qu'il s'agit ici d'un refoulement *mécanique*. Leur position ne s'est pas modifiée *depuis deux ans* et alors que les fosses nasales sont libres ; aussi, par suite de l'affaissement des ailes du nez, vu de face, l'organe présente une surface losangique.

Actuellement, soit 2 ans 1/2 après mon intervention, la perméabilité des fosses nasales s'est maintenue, ce qui a guéri la pharyngite. L'anosmie persiste. Pas de modifications intranasales, pas de réapparition de myxomes.

L'état général est excellent.

VII

MUCOCÈLE DES CELLULES ETHMOÏDALES ANTÉRIEURES

OBSERVATION DE LA CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS

Par **Paul GIBERT**, assistant de la clinique ophtalmologique

La mucocèle des cellules ethmoïdales, surtout la mucocèle isolée de ces cavités, est assez rare et le fait que nous avons observé à la clinique des Quinze-Vingts, dans le service de notre maître, M. le Dr Valude, mérite, à ce titre, d'être rapporté.

Cette affection a ceci d'intéressant, qu'elle présente un écueil pour le diagnostic, prise qu'elle est, le plus souvent, pour une tumeur lacrymale; le larmolement, qui en est le premier symptôme, l'apparition d'une tuméfaction dans la région du sac lacrymal rendent l'erreur commune.

Dans le cas qui nous occupe, l'erreur s'est produite; aussi cette observation de mucocèle peut-elle être considérée comme un type du genre.

Voici l'observation.

Marie M., âgée de 19 ans, a eu la rougeole à 8 ans, la coqueluche à 11 ans, réglée à 15 ans, ses époques se produisent régulièrement, à 17 ans, l'œil gauche a commencé à pleurer, l'hiver surtout.

Dans le courant de l'été 1900, le larmolement a cessé, pour reparaître l'hiver suivant en 1901, époque à partir de laquelle il a persisté définitivement.

En même temps que le larmolement, la malade a remarqué, au niveau de l'angle interne de l'œil, l'apparition d'une petite

tumeur qu'elle compare au volume d'une grosse tête d'épingle, tumeur dure et indolore à la pression.

Autant que sont exacts les renseignements donnés par la malade, nous avons appris que le larmolement paraît avoir été en rapport avec le développement de la tumeur et l'abondance des larmes, hors des voies naturelles, avoir suivi parallèlement l'accroissement de celle-ci.

Quelques mois se passèrent ainsi, quand la malade se décida à consulter un oculiste.

Elle s'adressa à M. de Wecker, qui ponctionna la tumeur.

Il s'écoula du sang et du pus.

Il ne fut pas institué d'autre traitement en ce moment.

Quelques mois après, la tumeur augmentait de volume et le larmolement devenait, en même temps, plus abondant.

Le Dr Duclaux eut l'occasion de voir la malade et l'adressa aux Quinze-Vingts, à la consultation de notre maître, le Dr Valude.

Des cathétérismes furent pratiqués régulièrement pendant deux mois.

Les sondes passaient très facilement à travers le canal lacrymo-nasal, mais, sans produire aucun changement dans le volume ni l'état de la tumeur.

Pensant à une dilatation de la partie supérieure du sac lacrymal, M. Valude propose à la malade l'extirpation du sac.

La tumeur, du volume d'une petite noisette, siégeait exactement au-dessus du tendon de l'orbiculaire et, au premier abord, en imposait pour une tumeur lacrymale dont l'expansion se serait portée dans la portion supérieure du sac lacrymal.

A un examen plus attentif, on la trouvait située, à peu près, à égale distance de l'angle supéro-interne de l'orbite et de l'angle inféro-interne, plus rapprochée, toutefois, de la région du sac lacrymal que de la poulie du grand oblique.

En somme, cette tumeur se trouvait un peu plus haut que l'est ordinairement la tumeur lacrymale, un peu plus bas, cependant, que ne le sont les kystes huileux congénitaux, assez communs dans cette région; le lieu d'élection de ces kystes est l'angle supéro-interne de l'orbite.

Chez notre jeune malade, la tumeur occupait précisément une situation intermédiaire aux deux lésions précédentes, et cette localisation aurait dû faire penser à la mucocèle ethmoïdale antérieure, dont c'est le lieu d'élection.

Ce diagnostic était d'autant plus indiqué que la pression au niveau de la tumeur ne faisait refluer ni larmes, ni muco-pus,

comme on l'observe dans les cas d'ectasie suppurative du sac.

La peau, au niveau de la tumeur, n'avait subi aucune modification ni dans sa mobilité, ni dans ses caractères physiques.

Opération le 20 novembre 1902.

Anesthésie au chloroforme.

Incision curviligne de 0,04 centimètres d'étendue, comme pour l'extirpation du sac, incision à convexité interne.

On arrive sur une poche fluctuante dont les parois sont un peu résistantes et comme formées d'un tissu parcheminé.

En disséquant cette paroi avec la sonde cannelée, on crève la poche d'où il s'écoule un liquide crémeux, gluant, de teinte blanc-verdâtre.

Avec la curette détache-tendon, on essaye de circonscrire vers l'unguis cette tumeur, tout comme quand il s'agit d'enlever un sac lacrymal.

Le coup de curette donné, dans ce mouvement, ouvre à niveau la tumeur vers sa face interne (c'est-à-dire, celle qui avait correspondu à l'unguis) et il s'écoule un liquide en tout semblable à celui qui s'était échappé précédemment, mais en plus grande abondance.

A notre grand étonnement, la curette s'enfonce dans une cavité assez grande pour lui permettre de se mouvoir largement dans tous les sens.

L'unguis n'existe plus. On franchit la ligne médiane en passant sous la racine des os propres du nez et l'épine du frontal.

La sonde cannelée introduite dans cette cavité, grande comme une grosse noix, va buter sur la paroi interne de l'unguis du côté droit. En haut, on se heurte à la face inférieure des sinus frontaux, en bas et en dehors, on ne trouve pas de communication avec le toit du sinus maxillaire, mais la paroi de celui-ci est fortement refoulée vers sa cavité.

Un doigt introduit dans la narine gauche n'arrive pas au contact de la sonde cannelée que l'on a soin de diriger vers la voûte du méat moyen.

On se trouvait donc dans une cavité close de tous côtés, car, après l'avoir remplie d'eau bouillie, on ne vit s'écouler de liquide ni dans le nez ni dans la bouche.

Après avoir vidé ce kyste de son contenu (la valeur de trois dés à coudre de liquide glutineux blanc, verdâtre). M. Valude réunit les lèvres de la plaie par trois points de suture.

Réunion par première intention.

Disons, en terminant, que la malade n'a pas de passé nasal,

jamais de coryza, n'a jamais mouché de pus. Elle a été soignée seulement par quelques cautérisations pour rhinite hypertrophique du cornet inférieur gauche.

La rhinoscopie antérieure, pratiquée par le Dr Luc (à la clinique duquel la malade fut conduite), a montré des cavités nasales saines tant pour les cornets inférieur et moyen que pour les méats.

Lors de cette exploration, le Dr Luc, ayant trouvé les sinus normaux, n'a pas jugé à propos de compléter l'intervention précédente par une ouverture nasale des cellules ethmoïdales antérieures.

L'examen histologique suivant fait par le Dr Duclaux montre qu'il ne s'agit ni d'inflammation ni d'infection des cellules ethmoïdales antérieures, attendu qu'on ne trouve pas de microorganisme, et que la muqueuse ne présente aucun des signes de lésions inflammatoires.

Cette membrane offre les caractères de la muqueuse histologique ; l'épithélium n'existe plus qu'à certaines places et dans ses couches les plus profondes seulement.

Par contre, le liquide de la mucocèle est rempli de cellules épithéliales en dégénérescence.

Note histologique due à l'obligeance de notre excellent collègue le Dr Duclaux.

Mucocèle du sinus ethmoïdal. — Examen histologique de la paroi. (La pièce a été prise sur la partie saillante du mucocèle, sur la partie faisant hernie dans l'angle interne de l'orbite.)

A un faible grossissement, les coupes montrent que la pièce est constituée de deux parties bien distinctes : l'une appartenant au tissu de l'orbite, l'autre étant la paroi propre du kyste. La partie orbitaire de la préparation ne contient rien d'intéressant en ce qui nous concerne ; elle est composée de tissu conjonctif où apparaissent les sections de canaux vasculaires d'îlots musculaires et faisceaux nerveux. La paroi propre du mucocèle repose sur du tissu conjonctif très épaissi, sur de véritables bandes lamelleuses, elle forme une ligne avec de légers et surtout très rares épaississements à sa surface.

C'est à un fort grossissement qu'il faut examiner sa constitution. Cette paroi propre se trouve composée de trois plans :

1° La plus profonde couche est un fin tissu conjonctif avec fibrilles et cellules aplaties ;

2° La couche moyenne est composée de fibres conjonctives épaisses, entrelacées, formant une lame très mince.

3° La dernière, la superficielle correspond aux épaisissements du bord signalés plus haut, c'est l'épithéliale ou plutôt ce qui en reste ; il y a deux à trois épaisseurs d'épithéliums polyédriques dont ceux de surface sont troubles ou en partie détruits ; on ne trouve ces amas épithéliaux qu'en de très rares endroits, le bord étant généralement nu, formé seulement de la couche précédente, c'est-à-dire d'une lamelle conjonctive.

En somme, la paroi examinée est une paroi fibreuse, nue si ce n'est en de très rares endroits où il persiste une épithéliale à éléments en grande partie dégénérés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

Réunion du 12 décembre 1902, à l'hôpital Saint-Antoine

(Service de M. LERMOYEZ)

Compte-rendu par G. MANU, secrétaire

Présidence de M. CASTEX.

LUC. — Evidement pétro mastoïdien avec lambeau suivant le procédé de Siebenmann, pour une otorrhée chronique rebelle. — De toutes les méthodes de taille du conduit auditif membraneux que j'ai essayées, comme complément de l'évidement pétro-mastoïdien, pour la cure des otorrhées rebelles, il n'en est pas qui m'ait donné de résultat plus satisfaisant, je dirai même plus brillant, dans le seul cas où j'ai eu l'occasion de l'appliquer jusqu'ici. Aussi ai-je tenu à vous présenter le malade qui en a bénéficié, et à vous exposer la technique de ce procédé.

Voici, d'abord, en deux mots l'histoire clinique du malade, M. V... 44 ans, professeur.

L'otorrhée remonte à une vingtaine d'années, et s'est compliquée, presque dès le début, d'une diminution considérable de l'ouïe.

Quand je le vis, pour la première fois, au commencement d'octobre de cette année, il avait déjà été traité par deux de mes collègues qui, tous deux, à la suite d'efforts infructueux pour obtenir sa guérison, lui avaient proposé la cure radicale de son affection.

Je fis chez lui les constatations otoscopiques suivantes : Enorme perforation tympanique. Le manche du marteau a disparu, le fond de la caisse n'est pas fongueux, mais les lavages pratiqués vers l'aditus, au moyen de la canule de Hartmann, déterminent

l'expulsion de pus grumeleux et de lamelles nacrées. Ces lavages, continués avec persévérance pendant une quinzaine de jours, n'ayant amené aucune amélioration dans l'état local du malade, j'arrivai à la même conclusion que mes collègues, et proposai l'évidement qui fut accepté par le malade.

Un hasard heureux voulut que je prisse connaissance, la veille de l'opération, de l'article du *Zeitschrift für Ohrenheilkunde* (Bd. 33, p. 183) où le professeur Siebenmann, de Bâle, décrit un nouveau procédé de taille du conduit membraneux à la suite de l'opération en question. La méthode me parut ingénieuse, et je résolus de l'appliquer dès le lendemain.

La première partie de l'opération fut conduite suivant la technique habituelle de Stacke. L'antre fut trouvé rempli de pus grumeleux et de fongosités. Ses parois étaient en outre tapissées par d'abondantes lamelles nacrées.

Après grattage et désinfection minutieuse du foyer, le conduit membraneux fut incisé horizontalement suivant la ligne médiane de sa paroi postérieure. Parvenue au niveau de la conque du pavillon, l'incision bifurqua en Y, sa branche supérieure longeant inférieurement la racine de l'hélix, et destiné à être rabattu comme un volet en arrière et appliqué sur le bord postérieur de la brèche osseuse, de manière à découvrir la cavité antrale sous-jacente. Mais, ainsi que l'a bien montré Siebenmann, ce rabattage ne peut être obtenu et surtout maintenu d'une façon définitive qu'à la suite de l'extraction de la lamelle de cartilage dissimulé sous son tégument. Je procédai donc à ce travail de dissection minutieuse qui est bien assurément la partie la plus laborieuse de l'opération. A cet effet, je tenais le pavillon solidement entre le pouce et l'index de la main gauche, la pulpe du dernier doigt soulevant la conque et suivant le travail des ciseaux courbes et de la pince à mors larges que j'employais alternativement, de façon à éviter la section accidentelle du mince tégument qu'il s'agissait de respecter. Ce travail heureusement terminé, je maintins les deux bords de section du conduit membraneux le plus écartés possible au moyen de sutures au catgut par lesquelles je les fixai aux parties molles voisines et placés de telle sorte que le supérieur était attiré en haut et l'inférieur en bas.

Cela fait, la plaie rétro-auriculaire fut complètement suturée par des crins de Florence ; puis le foyer fut bourré de mèches de gaze iodoformée dont les plus superficielles roulées en boulettes furent employées à appliquer le petit lambeau triangulaire de la conque sur le bord postérieur de la brèche osseuse.

Dès la première levée de pansement, au bout de cinq jours, le succès de l'opération se montrait assuré ; en effet, la plaie rétro-auriculaire était parfaitement réunie, et le lambeau de la conque commençait à se fixer solidement à la place qui lui avait été assignée sur la surface osseuse avivée. Les soins consécutifs ont été aussi simples que peu douloureux et peu gênants pour le malade. Effectivement, grâce aux dimensions considérables de l'entonnoir figurant l'entrée du conduit élargi et où je pouvais loger une grande quantité de gaze absorbante qui tenait d'elle-même en place, je crus pouvoir, dès le quinzième jour, supprimer l'emploi de tout appareil de contention, et le malade se trouvait objectivement dans les mêmes conditions qu'avant son opération.

J'eus en outre l'impression que chez lui le travail de cicatrisation marchait avec une rapidité plus grande que chez mes opérés antérieurs. Aujourd'hui, que quarante-huit jours seulement se sont écoulés depuis son opération, vous pouvez juger que ce travail est presque complet, et que par le seul conduit auditif artificiellement élargi, je puis inspecter et atteindre avec la plus grande facilité tous les points du foyer. Siebenmann a en effet fort justement montré que la cavité antrale prolongée extérieurement aboutirait dans la conque. D'autre part, on évite avec ce procédé l'inconvénient inhérent à l'ouverture permanente rétro-auriculaire et consistant dans l'envahissement de cette ouverture par les cheveux.

Enfin, vous voyez combien minime est la défiguration résultant de cette méthode pour l'opéré et combien il lui sera facile ultérieurement de dissimuler, sous un simple tampon d'ouate, la largeur anormale de l'entrée de son conduit.

Discussion.

LERMOYEZ. — Tous ceux qui ont eu l'occasion d'opérer, surtout de panser beaucoup de cas d'évidement pétro-mastoïdien ont passé par trois phases.

Tout d'abord ils ont établi un orifice rétro-auriculaire permanent pour surveiller la marche de l'épidermisation et être à même de dépister les premières menaces de récurrence, le cas échéant.

Plus tard, pour des motifs d'élégance, ils ont cherché à fermer immédiatement la brèche rétro-auriculaire et à faire les pansements par le méat, épargnant ainsi au malade le port prolongé d'un bandage de tête et réduisant au minimum la déformation cicatricielle. De telles interventions sont parfaites au point de vue

esthétique. Malheureusement, elles ne donnent qu'une sécurité relative, et, pour peu que la cavité opératoire soit étendue ou anfractueuse, elles ne permettent pas sa surveillance facile et manquent ainsi au principe fondamental de l'évidement pétro-mastoïdien, qui est de voir partout.

Aussi bien, l'expérience amène-t-elle peu à peu les auristes à une troisième phase, phase éclectique. On se met d'accord sur ce point que toutes les cures radicales d'otorrhée ne doivent pas être menées d'une façon uniforme et que le mode de réparation doit se plier aux exigences de la maladie. Nombreux sont maintenant ceux qui, tantôt ferment, tantôt ne ferment pas la plaie rétro-auriculaire. Pour moi, je renonce de plus en plus à la suture mastoïdienne immédiate, ayant eu plusieurs déboires avec le pansement par le conduit élargi, suivant le procédé de Körner. Et mon éclectisme se comporte ainsi : laisser le plus ordinairement la plaie rétro-auriculaire ouverte après l'opération ; si un cholestéatome étendu ou quelque autre lésion diffuse indique qu'il y ait lieu de maintenir une brèche postérieure *permanente*, je favorise celle-ci en suturant aux lèvres de la plaie les lambeaux du conduit fendu en arrière et en rabattant des languettes de peau découpées sur la mastoïde, suivant le procédé de Kretschmann ; si, au contraire, les lésions sont moindres, je me dispense de toute autoplastie, et me contente de maintenir une brèche postérieure *temporaire* par un tamponnement serré. Pour fermer cette brèche temporaire, rien de plus facile : il suffit de panser à plat, et, en quinze jours environ, on obtient une cicatrice mastoïdienne linéaire ou tout au moins une petite fistule sèche insignifiante. La brèche permanente sera close suivant le procédé autoplastique, que j'ai indiqué avec Mahu, qui laisse à sa suite une cicatrice linéaire imperceptible, dissimulée dans le sillon auriculo-mastoïdien.

Je préfère ce procédé ancien et classique à la méthode de Siebenmann qui, suturant indirectement la plaie rétro-auriculaire, fait une large fenêtre sur l'antre en faisant sauter le cartilage de la conque en Y. Comparée à la conduite précédente, elle présente trois points d'infériorité : 1^o elle expose à la périchondrite du pavillon et Trautmann a cité des cas où le malade, éliminant ainsi une partie du fibro-cartilage, n'avait plus gardé de son pavillon que l'ourlet de l'hélix ; 2^o elle donne une *déformation du méat élargi* qui est laide et ne peut, comme l'ouverture rétro-auriculaire, être dissimulée par une mèche de cheveux ; 3^o enfin, en raison du cercle cartilagineux qui l'entoure, cet orifice anormal

ne peut après guérison être corrigé par *aucune autoplastie*, alors qu'il est très facile de fermer par glissement la fenêtre rétro-auriculaire.

CAUZARD. — Je n'ai jamais vu de périchondrite après l'incision du pavillon, chez tous les opérés que j'ai eu à panser. Je me demande pourquoi les lésions, les complications de périchondrite seraient, à la suite d'une résection du conduit cartilagineux et de la conque du pavillon, plus fréquentes qu'après la simple incision, souvent large, de ces mêmes parties.

LERMOYEZ. — La remarque de M. Cauzard est toute théorique, car en pratique on ne sectionne pas le pavillon dans les procédés ordinaires, mais seulement le conduit auditif externe.

LUBET-BARBON. — Mon avis est qu'il faut être éclectique et adopter la méthode particulière de pansement qui conviendra le mieux à chaque cas d'évidement pétro-mastoïdien. A mon avis, on ne doit jamais faire la suture postérieure immédiate dans les cas de cholestéatome.

MAHU. — Il existe une méthode que j'ai soumise à l'appréciation de mes collègues de la Société Française, au mois de mai dernier, et qui me semble avoir l'avantage de pouvoir s'appliquer dans tous les cas. C'est la *méthode mixte*, consistant à laisser persister l'ouverture postérieure aussitôt après l'opération et à conduire les pansements de telle façon, que l'orifice se rétrécisse progressivement au fur et à mesure de l'avancement de l'épiderme dans la cavité opératoire ; les deux buts : obturation de l'orifice postérieur, épidermisation de la cavité, se trouvent ainsi obtenus à peu près en même temps.

Les avantages que nous trouvons dans l'emploi de cette méthode sont de pouvoir surveiller, jusqu'à la fin, la fente adito-antrale et d'éviter des déformations du pavillon, analogues à celles produites dans la méthode de Siebenmann, déformations qui, à notre avis, sont au moins aussi disgracieuses et attirent autant l'attention sur les opérés que la persistance de l'orifice rétro-auriculaire.

LUC. — M. Lermoyez vient de nous rappeler que, dans la pratique de l'évidement pétro-mastoïdien, nous avons passé par trois phases, ou plutôt que nous avons successivement essayé trois façons de faire : l'ouverture rétro-auriculaire transitoire, l'ouverture rétro-auriculaire permanente et l'occlusion immédiate de la plaie rétro-auriculaire. Or, c'est précisément parce que, moi aussi, j'ai fait l'expérience de ces trois pratiques et qu'après en avoir pu constater les inconvénients, je n'ai rencontré aucun de ceux-ci à

la suite de l'opération proposée par Siebenmann, mais au contraire de très sérieux et très nombreux avantages, que j'ai cru de mon devoir de vous faire connaître les résultats de mon premier essai de la méthode en question. Sur la pratique de l'ouverture rétro-auriculaire transitoire, préconisée par notre collègue Mahu, le procédé de S. me paraît offrir l'avantage de simplifier les pansements consécutifs en abrégeant singulièrement la période de l'enveloppement de la tête, et aussi celui de raccourcir la durée du travail de cicatrisation : sur la pratique de l'ouverture rétro-auriculaire permanente celui de créer pour le drainage consécutif une ouverture moins disgracieuse, plus dissimulable, correspondant beaucoup mieux et plus directement au foyer osseux, et non exposée à être envahie par les cheveux. Quant à la pratique de la suture immédiate de la plaie, nous avons tous été séduits par ses avantages ; mais nous avons été trop souvent obligés de renoncer à ceux-ci en face des accidents de rétention purulente résultant de ce que le conduit auditif, avec ses dimensions normales, représentait une voie insuffisante pour le drainage du foyer. Eh bien ! la méthode de Siebenmann nous donne justement la possibilité de reprendre, et cette fois sans danger de rétention, cette tentative de fermeture immédiate de la plaie rétro-auriculaire, en transformant ce conduit étroit et tortueux en un vaste entonnoir placé directement en face du foyer qu'il s'agit de drainer. Vous venez me parler de danger de périchondrite, de fonte ulcéreuse du pavillon, etc... Qui nous garantit que ces accidents n'ont pas été la conséquence de fautes de technique, d'une antisepsie insuffisante, par exemple ?

Je n'ai, à la vérité, qu'un seul cas à vous présenter aujourd'hui mais vous m'avouerez bien que le résultat obtenu est absolument idéal, et vous me ferez bien le crédit d'admettre qu'il y a chance pour que tout autre malade, opéré ultérieurement avec le même soin et les mêmes précautions, bénéficie d'un résultat aussi brillant.

Au surplus, comme je suis parfaitement décidé à appliquer le même procédé à mes opérés de l'avenir, je ne manquerai pas de vous les présenter à nos réunions ultérieures, et si j'ai des échecs à enregistrer, vous connaissez assez mes habitudes et mes principes pour être assurés que je ne vous les dissimulerai pas.

PAUL VIOLLET. — Présentation d'une seringue à chauffage électrique pour injections de paraffine. — Présente une seringue à

injection de paraffine à chauffage électrique que M. G. Gaiffe a construite récemment sur ses indications. L'appareil est basé sur la propriété que possède un courant électrique d'échauffer un fil qui forme résistance. Il a pour but de maintenir facilement soluble, dans un corps de seringue ordinaire, la paraffine ou la vaseline dont l'emploi comme moyen de prothèse tend de plus en plus à se généraliser et de faciliter, par conséquent, la technique des injections de paraffine.

Il consiste en une gaine métallique et isolante contenant le fils servant de résistance ; dans cette gaine se place la seringue remplie de paraffine, qu'un double ressort maintient solidement en place ; le modèle de seringue stérilisable à piston d'amiante de Strauss-Collin convient parfaitement, leur structure métallique ayant l'avantage de bien conduire la chaleur, mais toute autre seringue de forme ou de calibre analogues peut également être employée. Il suffit alors de relier par des fils souples la gaine électrique aux deux pôles d'une pile ou d'accumulateurs, d'une puissance de six volts, pour obtenir une température à l'intérieur de la gaine pouvant atteindre 60 à 70° ; cette température peut être vérifiée par l'introduction d'un thermomètre à la place de la seringue.

Un petit graduateur intercalé sur le trajet des fils permet d'obtenir rapidement la température cherchée, puis de la régler au moyen d'une manette, dont il suffit de changer la position au moment voulu.

LERMOYER et CAUZARD font remarquer que la difficulté ne consiste pas à maintenir en fusion la paraffine dans le cylindre de la seringue, mais à pouvoir pousser dans l'aiguille cette paraffine en évitant sa solidification.

LERMOYER. — Diverses seringues ingénieuses ont été imaginées pour empêcher la paraffine de se solidifier par refroidissement dans le corps de pompe de la seringue pendant la durée des manipulations : seringue à manches d'eau chaude circulante, seringue thermophore, seringue à échauffement électrique. Mais aucune de ces seringues ne résout la plus grande difficulté de la technique des injections de paraffine, qui est d'empêcher la solidification de la paraffine dans le canal de l'aiguille. Celle-ci en effet, eu égard à sa faible masse, se met immédiatement à l'équilibre de la température ambiante et la paraffine s'y solidifie presque instantanément. On a bien conseillé de chauffer un instant l'extrémité de l'aiguille au-dessus d'une lampe à alcool : mais on risque ainsi de faire sur la peau de petites eschares. Or, il existe

un moyen bien simple d'éviter que la paraffine ne se fige dans l'aiguille, moyen auquel j'avais recours moi-même, sans savoir que Eckstein l'avait déjà publié : *c'est de ne pas mettre de paraffine dans l'aiguille*. Et voici comment : remplissez au $\frac{3}{4}$ votre seringue de paraffine, puis achevez de la remplir avec de l'eau bouillie chaude ; l'aiguille étant ainsi pleine d'eau, vous avez tout le temps de manœuvrer sans craindre une coagulation canaliculaire du mélange. L'injection préalable de ces quelques gouttes d'eau dans les tissus, précédant immédiatement la pénétration de la paraffine, n'aura aucun inconvénient.

MAHU. — Présentation d'un fauteuil pour les pansements otologiques. — Ce fauteuil construit par la maison Collin, sur mes indications, spécialement en vue du pansement des évidés pétromastoidiens, peut accessoirement servir pour les interventions nasales et auriculaires et les examens courants des malades.

Le siège peut monter ou descendre à volonté tout en conservant sa stabilité. Il tourne à volonté en tout sens en glissant sur des billes et peut s'arrêter et se fixer en n'importe quel point de sa course.

Pour l'examen ordinaire, la tête du patient est appuyée sur un appui circulaire mobile et pouvant glisser et se fixer à toute hauteur, sur une tige rigide fixée invariablement au dossier du fauteuil.

Perpendiculairement à la tige de l'appui, est une autre tige rigide que l'on peut incliner à volonté et sur laquelle viennent se fixer deux bras également rigides, amovibles et terminés chacun par une embrasse en forme de *main* : la première en bas épousant la forme d'un côté du maxillaire inférieur et destinée à *soutenir* la tête du malade dans la position voulue (l'emploi de ce soutien suffit dans la plupart des cas) ; la deuxième en haut destinée à *contenir* la tête du malade en embottant le frontal et le pariétal du côté opposé, pour empêcher celui-ci de bouger, le cas échéant.

Grâce à des articulations en genouillère des extrémités des tiges, portant l'appui-tête et les deux mains, ces diverses parties peuvent prendre toutes les positions que l'on veut et la tête du patient, maintenue solidement mais aussi doucement que par l'apposition de trois mains, peut être fixée dans la position la plus commode pour le pansement ou pour l'opération.

Les trois appuis sont garnis de revêtements en caoutchouc mobiles qui peuvent être facilement stérilisés.

HECKEL. — Tout en reconnaissant l'ingéniosité de l'appareil de M. Mahu, je ne pense pas, après expérience, que l'on puisse retirer un grand avantage de l'emploi régulier de fauteuils de ce genre. J'ai fait moi-même construire chez Vaast un instrument basé sur les mêmes principes et j'ai dû renoncer à son emploi :

1° Parce que cet appareil effrayait les malades ;

2° Parce que je crois que le principe de la contention absolue des malades est mauvais.

Pour les grands enfants, par exemple, il faudrait non seulement fixer la tête, mais aussi les mains et les pieds.

En ce qui concerne les évidés, ou bien les pansements ne sont pas douloureux et n'importe quel appui suffit, ou bien ils sont douloureux ou faits sur un sujet nerveux et alors il est préférable de faire ces pansements avec des aides sur une table d'opération ou sur un lit.

MAHU. — Le fauteuil que je présente aujourd'hui me sert dans mon cabinet depuis six mois, à mon entière satisfaction.

LERMOYEZ présente à la Société :

1° Deux malades atteints de *gommes susglottiques* du larynx. Tous deux sont admis à l'hôpital avec une dyspnée extrême ; et, chez tous deux, il a suffi d'un peu de repos et d'une injection intra-musculaire d'huile grise, pour rendre inutile une trachéotomie imminente.

2° Un homme chez lequel, pour des lésions semblables, une trachéotomie a été faite dans un service de médecine générale, avec erreur de diagnostic et absence de mercure, et qui présente, au bout de quatre mois, une sténose laryngée qui empêche son décanulement.

3° Un malade opéré d'une *déviation simple excessive de la cloison* par le procédé de Asch, jadis difficile à exécuter, en raison de l'hémorrhagie *abondante* qui l'accompagnait et dont l'emploi de l'adrénaline a maintenant singulièrement simplifié le manuel.

LERMOYEZ présente deux instruments nouveaux :

1° Un *plicotome amygdalien*, destiné à suturer le pli triangulaire pour libérer l'amygdale enchâtonnée, opération préliminaire qui doit précéder tout morcellement effectif de l'amygdale. Cet instrument est un écraseur et évite ainsi l'hémorrhagie fréquente consécutive à la section simple de ce repli membraneux.

2° Deux *pincettes ethmoïdales latérales* droite et gauche, destinées à réséquer les cloisons ethmoïdales et différentes des pincettes jusqu'ici construites dans ce même but, car elles agissent exactement dans un plan frontal transversal.

MOUNIER présente une femme de 24 ans, qui, atteinte depuis un mois et demi de douleurs dans la déglutition, a beaucoup maigri, tousse un peu, n'a jamais eu ni enfants, ni fausse-couche, ne présente aucun symptôme de syphilis. Poumons non tuberculeux, la toux vient de l'état de la gorge.

Le pharynx est rouge, très sécrétant : on y trouve deux ulcérations à grand diamètre vertical, occupant la paroi pharyngienne, celle de droite touchant presque le pilier postérieur. Elles sont profondes et la muqueuse qui les entoure très saillante. On voit aussi une ulcération, mais beaucoup moins profonde que sur le pilier gauche antérieur et une petite sur le voile du palais.

On n'a encore rien fait comme traitement et l'opinion des confrères présents est fort variable, entre syphilis et tuberculose ; on penche toutefois comme l'auteur de la présentation pour une lésion tuberculeuse.

M. Mounier a, depuis cette époque, fait trois fois par semaine un fort badigeonnage des ulcérations à l'acide lactique à $\frac{1}{4}$, la malade pratiquant chaque jour chez elle deux attouchements des points malades à l'acide lactique à $\frac{1}{10}$. Elle a pris en outre deux cuillerées à soupe par jour de sirop iodo-tannique et du glycérophosphate de chaux. L'amélioration est considérable.

CASTEX, Président, met aux voix l'élection de quatre nouveaux membres titulaires de la Société, savoir :

MM. BOURGEOIS, présenté par MM. LERMOYEZ et MAHU.

GUISEZ, présenté par MM. CASTEX et LERMOYEZ.

CHAUVEAU LÉOPOLD, présenté par MM. LUBET-BARBON et MARTIN.

MONTSARRAT, présenté par MM. CASTEX et LERMOYEZ.

Les quatre candidats sont admis à l'unanimité des suffrages des membres présents.

Lecture est ensuite donnée de la démission de MM. MARAGE, COLIN et LITCHWITZ.

En raison du motif de la démission de M. LITCHWITZ (maladie), la Société décide de l'admettre en qualité de membre honoraire.

ANALYSES

I. — OREILLES

Mastôidite purulente aiguë sans participation de l'antre, ni de l'oreille moyenne, par J. DUNN (*Archives of otology*, juin 1902).

Les faits de ce genre sont très rares. Observation d'un jeune homme de 19 ans qui eut une douleur vive derrière l'oreille immédiatement après une angine. Quinze jours après, l'examen ne montrait rien du côté du tympan et une ponction ne donna que du sang. Pendant la trépanation de l'apophyse on ne trouva rien du côté de l'antre. Guérison rapide.

Dans une note critique du même journal (octobre 1902), M. SNY-DACKER cherche à établir que dans le cas de Dunn, il s'agissait vraisemblablement plutôt d'un cas atypique d'otite moyenne aiguë que d'une mastôidite primitive.

M. LANNOIS.

Valeur de l'électrolyse de la trompe d'Eustache, par H. PIERCE (*Archives of otology*, août 1902).

Après avoir établi que le mérite d'avoir essayé cette méthode revient aux auteurs français Mercier et Garrigou-Désarènes, Miot, Baratoux, et que Duel a seulement amélioré l'instrumentation en se servant d'une bougie d'or, l'auteur donne les résultats d'une expérience qu'il a poursuivie pendant un an et qui a porté sur vingt-un cas. Ils ne sont pas favorables.

L'auteur conclut en effet que dans l'ostéosclérose, l'électrolyse est inutile et que dans les affections catarrhales elle ne rend pas plus de services que les autres méthodes. Dans deux cas seulement où il existait probablement un exsudat près de l'isthme, on put attribuer le résultat obtenu à la bougie électrolytique. Par contre, on peut amener des inflammations graves de l'oreille moyenne avec mastôidite et il ne faut pas oublier la possibilité d'une lésion de la carotide par la bougie métallique.

M. LANNOIS.

Contribution à la pathologie et au diagnostic de l'otite moyenne tuberculeuse, par G. K. GRIMMER (*Archives of otology*, juin 1902).

Travail très complet que l'on peut résumer ainsi :

Des lésions très étendues de tuberculose peuvent exister dans la caisse sans qu'il y ait de modifications appréciables à l'examen par le conduit auditif.

La membrane du tympan offre une grande résistance à l'infiltration tuberculeuse et ne cède que devant les processus ulcérateux, ce qui explique pourquoi il y a souvent des perforations multiples.

Chez les enfants au-dessous de 5 ans, 65 à 70 % des cas d'otite moyenne dans lesquels il y a des lésions osseuses sont tuberculeux ; chez l'adulte, cette proportion n'est plus que de 16 %.

L'auteur recommande les inoculations intra-péritonéales chez le cobaye comme le meilleur moyen de diagnostic. On peut aussi examiner au microscope les granulations, les végétations adénoïdes et les ganglions mastoïdiens.

L'absence de douleur, les destructions osseuses étendues et précoces, la paralysie faciale précoce, les perforations multiples, les granulations pâles et molles, des points caséux dans le conduit avec glandes mastoïdiennes hypertrophiées sont de bons indices de lésions tuberculeuses. La présence de cholestéatome est nettement contraire au diagnostic de tuberculose.

M. LANNOIS.

Maladies de l'oreille chez les sujets hystériques, par Voss (*Archives of otology*, août 1902).

Série fort intéressante de cas brièvement relatés.

Ce sont d'abord des cas de simulation. Un malade se plaint d'un écoulement fétide qu'elle fabrique elle-même avec de l'urine et des matières fécales ; une autre simule une obstruction récédante des fosses nasales et des douleurs intolérables après un furoncle du conduit ; une troisième cache dans son vagin une aiguille qui lui sert à simuler des hémorragies du nez, de l'œil et de l'oreille gauche ; une autre encore simule une mastoïdite et se fait opérer, etc.

Puis c'est une jeune femme qui a une hyperesthésie sensitive et sensorielle extraordinaire pour tous les diapasons sauf le C₇ et qui entend normalement la parole et la montre. Suivent trois cas d'algie mastoïdienne indûment opérés et dont l'un perd à cette in-

tervention l'ouïe avec la membrane du tympan, puis une série d'observations de névrose traumatique après des chocs très légers ou s'associant à des ruptures du tympan...

Des phénomènes vaso-moteurs d'origine hystérique sont fréquents et donnent alors les apparences de l'otite moyenne aiguë. Il est important alors que le premier médecin fasse un diagnostic exact car de lui dépend l'avenir du malade : on sait combien les hystériques sont facilement hantés par le désir de l'opération. Une première intervention maladroite sur l'oreille ou le nez peut entraîner d'autres avec de multiples conséquences. Ce n'est pas à l'auriste mais au neurologue qu'il convient d'adresser ces malades.

En tout cas il faut bien se garder d'ouvrir l'apophyse mastoïde pour soigner la mastalgie hystérique.

Enfin l'auteur s'élève contre la méthode actuelle de tamponnement dans le traitement consécutif aux opérations radicales lorsqu'il s'agit d'enfants nerveux ou de malades tant soit peu hystériques. Au bout de cinq jours, le tamponnement est inutile et il ne faut faire que le pansement externe.

M. LANNOIS.

L'envahissement du ganglion de Gasser dans les suppurations de l'oreille moyenne, par R. HILGERMANN (*Archives of otology*, août 1902).

L'auteur rapporte trois observations et en cite quatre autres qu'il a pu trouver dans la littérature.

Dans un de ces cas, il semble bien que le pus avait pénétré dans les cellules pneumatiques qui peuvent exister au-dessus de la caisse et du labyrinthe et qui ne sont séparées de la fossette de Meckel où repose le ganglion de Gasser que par une mince lamelle osseuse. Urbantschitsch a même vu à ce niveau une déhiscence pouvant atteindre 2 millimètres 1/2.

Dans les deux autres cas, la propagation s'est faite par une phlébite des petites veines mastoïdiennes qui aboutissent aux plexus veineux entourant la carotide. La phlébite de ces dernières aurait donné un abcès autour du ganglion de Gasser et secondairement la méningite terminale. Dans un cas de Bürckner, on peut soupçonner que le pus a cheminé tout le long du nerf pour donner l'abcès de la protubérance trouvé à l'autopsie.

Il est à noter que dans les sept cas rapportés par H. aucun symptôme n'avait appelé l'attention sur l'atteinte du ganglion de Gasser.

M. LANNOIS.

Suppurations du labyrinthe consécutives aux otites moyennes,
par V. HINSBERG ⁽¹⁾ (*Archives of otology*, avril et juin 1902).

Le labyrinthe peut être infecté par le sang, par la cavité crânienne et par l'oreille moyenne. L'auteur ne considère que ce dernier mode.

Bien que Politzer ait signalé les anastomoses vasculaires entre les oreilles moyenne et interne, il n'existe pas dans la littérature de cas d'infection s'étant faite par cette voie. Il est nécessaire qu'il se soit produit une perforation de la paroi interne de la caisse.

Celle-ci peut être d'origine traumatique : fractures de la base du crâne et du rocher avec ou sans perforation de la membrane, perforations de la fenêtre ovale par des aiguilles comme Fedi en a rapporté un exemple. Dans les opérations, la paroi labyrinthique peut être ouverte intentionnellement ou accidentellement. Dans le premier cas (ablation de l'étrier, ouverture de la fenêtre ronde), le danger paraît être moindre que dans le second.

Il est impossible de savoir exactement le nombre des méningites consécutives à des lésions du labyrinthe produites par les extractions maladroites de corps étrangers de l'oreille. Il en est de même pour les traumatismes du labyrinthe dans les opérations radicales, dont quelques cas ont été rapportés par Schwartz, Jansen, Grunert.

Le plus souvent il s'agit d'otites moyennes à tendances destructives, ce qui est certainement plus commun qu'on ne le supposait autrefois. De 1889 à 1896, Jansen en a réuni cent trente-sept cas à la clinique de Berlin et Lucae trente-sept de 1896 à 1899 ; Hinsberg en compte vingt-deux cas personnels à la clinique de Breslau et a pu en réunir cent quatre-vingt cas épars dans la littérature.

La porte d'entrée de l'infection n'est notée que soixante et une fois sur les cent quatre-vingt-huit cas recueillis, à savoir : fenêtre ovale, dix-sept fois ; fenêtre ronde, deux fois ; fenêtres ronde et ovale, trois fois ; fistule du canal semi-circulaire horizontal, vingt-sept fois ; fistule des canaux postérieur ou supérieur, trois fois ; fistule du promontoire, sept fois. Toutefois Brieger a plus récemment rapporté cinq cas dans lesquels quatre fois la suppu-

(1) Voir sur le même sujet l'article de M. Lermoyez de la *Presse médicale* (fév. 1902), analysé dans les *Annales* de déc. 1902, p. 503.

ration avait pénétré par la fenêtre ronde. — La fréquence de l'infection par le canal semi-circulaire horizontal ou externe s'explique d'elle-même, mais est très diversement appréciée comme pourcentage par les différents auteurs. Il est plus difficile de comprendre comment l'atteinte peut se faire par le canal supérieur, mais des cas non douteux ont été rapportés par Habermann, par Jansen et l'auteur en a vu lui-même un cas où, comme dans un des faits d'Habermann, un abcès extra-dural avait perforé le canal supérieur et pénétré ainsi dans le labyrinthe.

L'infection du labyrinthe est beaucoup plus fréquente dans les formes chroniques de l'otite moyenne. Sur quatre-vingt-neuf cas de la collection de l'auteur, treize fois il s'agissait d'otite aiguë, soixante et onze fois d'otite chronique dont vingt-un avec cholestéatome. La tuberculose est beaucoup plus rare qu'on ne pourrait s'y attendre.

Le pus peut remplir tout le labyrinthe : il peut y avoir formation de séquestre plus ou moins volumineux. Mais il n'est pas rare que l'exsudation soit peu marquée, qu'elle donne lieu à une irritation osseuse formatrice ou qu'elle se confine à une part très limitée du labyrinthe (surtout le canal horizontal) : Jansen, Brieger, Gruuert et Zeroni, Steinbrügge, Scheibe, Heine, Hinsberg en ont cité des exemples.

La propagation à l'endocrâne se fait par les ouvertures normales (conduit auditif externe, aqueducs), par les débiscences antérieures ou par des perforations pathologiques des parois. Il faut noter que toutes ces voies, sauf la partie antérieure de la branche antérieure du canal vertical, conduisent dans la fosse cérébrale postérieure : aussi a-t-on souvent rapporté des observations d'abcès cérébelleux dans les suppurations labyrinthiques.

En dehors de la suppuration et de la fièvre qui peut l'accompagner, les symptômes sont ceux de l'irritation du labyrinthe (vertige, nausées, nystagmus, etc.) ou de l'annihilation de ses fonctions surtout la surdité complète. Il ne faut pas oublier cependant que la surdité peut manquer, par exemple si la lésion est limitée au canal semi-circulaire horizontal. — Les complications cérébrales sont très fréquentes. Sur ses cent quatre-vingt-dix-huit cas, Hinsberg les note cent huit fois, avec quatre-vingt-deux cas de guérison, soixante cas de mort par méningite, six cas par méningite et abcès cérébral, treize cas par abcès cérébelleux et vingt-sept cas par des complications diverses.

Le diagnostic est parfois assez difficile et il peut y avoir confusion avec l'abcès du cervelet. L'auteur se déclare partisan de

l'ouverture du labyrinthe et de la cochlée. Il a pu trouver trente et un cas où cette intervention a été faite et il dit qu'il n'y eut que huit cas de mort pour vingt-une guérisons (les autres à terminaison inconnue). Il admet que l'intervention peut être la cause d'une méningite (probablement un cas de Jansen) mais qu'il serait sans doute mort plusieurs des vingt-un cas guéris si on n'était pas intervenu.

Il admet les indications opératoires déjà indiquées par Jansen. Il conseille, après l'opération radicale, de bien exposer la région de la fenêtre ovale, d'ouvrir cette fenêtre et d'enlever le promontoire, de mettre une sonde dans la fenêtre ovale et d'ouvrir le vestibule en suivant si possible la branche antérieure du canal horizontal. Il préfère la fraise électrique au ciseau.

M. LANNOIS.

Phlébite du sinus latéral sans thrombose, par ARN. KNAPP (*Archives of otology*, oct. 1902).

Cas de pyémie d'origine otique chez un homme de 34 ans. Intervention pratiquée deux fois et ayant montré que le sinus latéral très distendu contenait du sang. Mort par méningite. A l'autopsie, la paroi antérieure du sinus était distendue, la paroi postérieure infiltrée, épaisse de 6 millimètres, manifestement enflammée et saillante dans la lumière du vaisseau.

M. LANNOIS.

Exploration du cervelet et drainage d'un abcès cérébelleux pendant la respiration artificielle, par E. W. ROUGHTON. (*Lancet*, 26 juillet 1902).

L'intérêt de cette observation est que le diagnostic de l'existence d'un abcès cérébelleux est encore chose difficile, celui de sa localisation plus difficile encore. L'opération tout entière fut pratiquée pendant qu'on faisait la respiration artificielle; celle-ci devint inutile aussitôt que l'abcès fut ouvert.

1° *Difficulté du diagnostic.* — Pendant dix jours, le patient fut en observation, le seul symptôme constant fut la lenteur du pouls. La céphalée, la cérébration lente, la surdité, les vomissements et la douleur à la pression sur la mastoïde s'améliorèrent, puis survinrent des vomissements, de l'hypothermie, des vertiges et une torpeur intellectuelle de plus en plus marquée.

2° *Localisation de l'abcès.* — Les données, signes de localisation établis par Aclaud et Ballance, et qui sont décrits par Jacobson dans ses « opérations of Surgery » sont : 1° la paralysie du

membre supérieur du même côté ; 2° la déviation conjuguée des yeux du côté opposé ; 3° le nystagmus latéral ; 4° l'exagération du réflexe rotulien du côté de la lésion ; 5° la tendance à être entraîné du côté de la lésion pendant la marche ; 6° la démarche chancelante et une tendance à tomber du côté opposé à la lésion, 7° dans le lit, le décubitus sur le côté opposé à la lésion. De ces différents signes, manquaient dans le cas présent la paralysie du bras, la déviation conjuguée des yeux, le nystagmus latéral. Le patient ne fut jamais examiné au point de vue de sa démarche. Les seuls symptômes de localisation étaient donc : 1° Réflexe rotulien exagéré du côté gauche, et l'impossibilité de rester couché sur le côté droit. Le premier seul se trouva être exact.

Anesthésie. — Le fait que le pouls passa de 42 à 120 pulsations ne peut être expliqué, dit l'auteur, que par une compression sur le noyau du nerf vague, cette compression le rendant plus aisément soumis à l'action inhibitrice du chloroforme qu'à l'état normal. On doit se demander si un succès meilleur fût advenu si on avait opéré sans anesthésie. Quand il y a une aussi grande pression sur le bulbe, il se peut que l'influence de l'anesthésique suffise à rompre un équilibre déjà bien instable. D'autre part, il ne serait pas aisé d'explorer les deux côtés du cervelet avec l'anesthésie locale, quoique l'essai mérite d'en être fait. On a prétendu récemment que le chloroforme produit toujours l'arrêt du cœur avant l'arrêt de la respiration. Dans le cas particulier, il semble que le chloroforme détermina un arrêt brusque de la respiration sans affecter l'action du cœur.

Respiration. — On dut faire la respiration artificielle pendant toute l'opération, sans que le malade ébauchât de lui-même aucun mouvement respiratoire. Il se reprit à respirer immédiatement après l'ouverture de l'abcès.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Oreille artificielle, par ERSHINE (*The dental Record*, mars 1902 et l'*Odontologie*, 30 décembre 1902, page 698).

Un enfant ayant eu une oreille enlevée en venant au monde par la suite de l'application du forceps, M. Cameron lui en fabriqua une artificielle. Le caoutchouc pour l'oreille s'adapte dans le conduit externe au moyen d'un appareil ingénieux, le conduit est perforé pour permettre à l'air d'arriver, car le petit malade, quoique privé de son pavillon, percevait cependant les sons extérieurs. De loin comme de près cette pièce de prothèse presque

invisible est, paraît-il, de l'avis de ceux qui l'ont vue, la plus parfaite en ce genre.

P. SÉBILEAU.

La cure radicale de l'otorrhée chez le Dr Janssen à Berlin, par JAUMENNE (*Presse oto-laryngologique belge*, 1902, n° 10, p. 324).

Le Dr Jaumenne expose les indications et le mode opératoire du Dr Janssen dans la cure radicale de l'otorrhée.

Il y a indication de cure radicale avec : des fongosités des parois dans l'otorrhée chronique à cause de l'ostéite sous-jacente et de ses complications possibles ; pus demeuré fétide après huit jours de lavages, car on a affaire à un foyer attico-astral ; otorrhée abondante avec perforation tympanique postérieure, car il y a carie de l'aditus et de l'antre. L'évidement pétro-mastoldien est de règle dans toute mastoldite par otorrhée chronique. Les particularités opératoires du Dr Janssen consistent dans : anesthésie à l'éther ; hémostase avec une longue pince à mors plats par l'opérateur lui-même ; hémostase de l'incision par deux pinces spéciales pinçant les deux lèvres de la plaie ; décollement du périoste avec le raspatoire de Lucæ qui est meilleur que la rugine ; décollement du conduit membraneux avec une spatule recourbée qu'on insinue entre l'os et le conduit ; découverte du canal demi-circulaire externe qui tranche par sa blancheur et affirme la position de l'antre sans exploration ; ne pas sonder l'aditus pour éviter la luxation de l'enclume ; un opéré de cure radicale avait conservé intacts son tympan et ses osselets ; après hémostase parfaite, épidermisation de la cavité par des greffes prises au bras ou ailleurs ; il recherche surtout la réunion immédiate. WICART.

Un cas de mastoldite de Bezold, par CHEVAL (*Presse oto-laryngologique belge*, 1902, n° 10, p. 318).

On intervient presque toujours trop tard dans les complications endo-crâniennes des vieilles otorrhées, parce qu'on est averti trop tard. C'est ce qui résulte des cas antérieurs et de l'observation suivante :

Un ouvrier de 46 ans est reçu à l'hôpital dans un état demi-comateux. Depuis trois ans il avait une otorrhée fétide double, mais à gauche surtout. Depuis un mois il accusait une céphalée intermittente et dernièrement de la douleur puis du gonflement de la région temporo-occipitale gauche, sans grand frisson. En ouvrant la poche, remplie de pus, de la région précédente, on arrive sur une mastoïde cariée : quelques coups de gouge mettent

l'antre à nu que l'on vide de son pus et de ses fongosités ; la pointe mastoïdienne cariée est enlevée et laisse voir une vaste poche de pus de la région sterno-cléido-mastoïdienne que l'on vide. Pendant trois jours il y a recrudescence des symptômes et dans une deuxième intervention, on met à nu le sinus latéral et la jugulaire interne qui semblent sains. Le mauvais état continue ; quatre jours après on fait un examen du sang qui est négatif.

Enfin, deux jours plus tard, une troisième intervention est décidée ; on trépane l'écaille : la dure-mère est intacte comme la face supéro-postérieure du rocher ; la jugulaire interne, rétractée en cordon fibreux, est ligaturée, puis coupée ; le sinus latéral est dénudé sur toute la longueur, incisé, puis curetté du golfe au pressoir d'Hérophibe ; des masses caséo-fibrineuses s'échappent, puis un flot de sang, le thrombus est détaché. Les suites sont simples : guérison.

En conclusion : Dans le cas de carie du rocher avec grandes oscillations thermiques il faudra songer à une thrombo-phlébite. Il est souvent bien tard quand on intervient dans l'otite chronique suppurée. Donc, il importerait de faire un diagnostic précoce de ses complications et de rechercher une chirurgie plus conservatrice. En est-il de même pour les otites chroniques ? mais l'auteur voit une solution pour certaines suppurations otitiques aiguës dans l'antrotomie hâtive qui ouvre une voie au pus antral, supprime le drainage par la perforation tympanique et le bain de pus pour les osselets, réduit la carie du rocher comme les infections auriculaires par contiguité ou continuité. WICART.

Abcès cérébelleux d'origine otitique, par GILLOT (*Presse oto-laryngologique belge*, 1902, n° 9, p. 283).

Abcès cérébelleux droit par continuité, consécutif à une mastoïdite du même côté, sans écoulement d'oreille, sans douleur à la pression de la mastoïde. La température reste normale et si le pouls est un peu ralenti, la respiration du moins conserve son rythme habituel. WICART.

Otite suppurée chronique, compliquée d'abcès cérébelleux, par D'HOORE (*Presse oto-laryngologique belge*, 1902, n° 11, p. 363).

Il s'agit d'une otite purulente chronique qui provoque de la carie mastoïdienne, de la pachyméningite de la face postérieure du rocher, puis un abcès cérébelleux avec syndrome cérébelleux bien marqué. Les faits saillants et originaux consistent dans :

La température qui se cantonne entre 36°5 et 37°4; le pouls normal, malgré la compression endo-crânienne avec douleur localisée au vertex et à l'occiput. L'auteur fait enfin remarquer que le procédé transmastoidien donne un accès facile à la face postérieure du rocher.

WICART.

Thrombo phlébite du sinus latéral, par M LANNOIS de Lyon. (*Lyon médical*, 12 oct. 1902, p. 503.)

La société médicale des hôpitaux expose l'histoire d'une petite fille atteinte d'otorrhée qui présenta à un moment donné des signes de mastoïdite. Une première intervention montra que l'apophyse mastoïde était intacte. Du côté de la caisse seulement on rencontra quelques fongosités et un peu de pus caséeux.

Quelques jours après apparurent des signes de phlébite de la jugulaire interne. Quatre jours après une nouvelle intervention, qui consista à extirper entre deux ligatures la partie thrombosée de la veine, la malade succomba à des accidents pulmonaires. On trouva un grand nombre de petits abcès gangréneux des poulmons, mais rien d'anormal du côté du cerveau, sauf la thrombose du sinus latéral. Il n'existait aucune communication apparente entre ce sinus et l'antre mastoïdien ou la caisse; il n'y avait pas de lésion osseuse appréciable autour du vaisseau. De pareils cas sont très rares. Il est probable que l'infection se fait par l'intermédiaire de petites veines diploïques. Dans un cas la propagation a eu lieu par le labyrinthe et l'aqueduc du vestibule. A remarquer aussi que les thrombo-sinusites sont rares chez les enfants, chez lesquels on rencontre surtout des abcès et des méningites.

Enfin le thrombus recueilli aseptiquement pendant l'intervention a donné une culture pure du bacillus coli.

P. SEBILEAU

Un cas de méningite atténuée d'origine otique, au cours de la fièvre typhoïde, par LABBÉ et G. FROIN (*Bul. et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 9 janvier 1903).

L'emploi dans un but diagnostique de la ponction lombaire et de la cytologie du liquide céphalo-rachidien a permis, dans ces derniers temps, d'établir d'une façon précise l'existence de *méningites atténuées*.

L'observation intéressante rapportée par les auteurs a trait à un malade qui, au quatorzième jour d'une fièvre typhoïde adyna-

mique, a présenté de la céphalalgie persistante, une douleur intense de la région temporale et auriculaire gauche, de la constipation, un vomissement et de la raideur de la nuque et des membres.

L'ensemble de ces symptômes fit penser à la possibilité d'une méningite, mais ils étaient trop atténués, pour qu'en l'absence du signe de Kernig, des troubles du pouls, des troubles pupillaires, on pût affirmer une inflammation des méninges.

La ponction lombaire et la constatation d'une polynucléose du liquide céphalo-rachidien confirmèrent cependant ce diagnostic.

La douleur auriculaire permit de rattacher la méningite à l'oreille. On en fit une paracentèse du tympan, et le malade guérit.

Ces méningites atténuées étaient jadis ignorées. On ne connaissait que les méningites graves, mortelles, et quand le malade présentait un syndrome méningé léger et curable, on classait le cas dans les pseudo-méningites. En 1894, Dupré proposa d'appliquer à de tels faits l'épithète de *méningisme*, supposant l'existence d'une irritation méningo-cérébrale, sans lésion. Mais si cette dénomination peut encore s'appliquer aux cas d'irritation méningée relevant de l'hystérie ou de l'helminthiase intestinale, elle n'est plus applicable aux cas de méningite atténuée, curable.

Le cas rapporté par les auteurs fut moins léger que ne pourrait le faire soupçonner ce tableau clinique, car un mois après la guérison le sujet observé avait encore de l'exagération des réflexes et de la trépidation épileptoïde. Une deuxième ponction montra que la polynucléose du début avait fait place à une lymphocytose.

Il est probable, disent les auteurs en terminant, que beaucoup de méningites survenues au cours de maladies infectieuses sont dues, non à une localisation méningée du germe morbide, mais à une infection secondaire par un microbe venu de l'oreille ou du nez.

Une telle proposition, émanant de médecins généraux, mérite de ne pas passer inaperçue. La vérité est en marche.

M. LERMÔYEZ.

II. — NEZ ET SINUS

Une méthode simple de redressement des déviations de la cloison nasale, par George FETTERORF (*The laryngoscope*, août 1902).

De son expérience du traitement des déviations nasales l'auteur tire cette triple conclusion : que une même opération ne saurait convenir à tous les cas ; que le fait essentiel dans toute déviation étant le trop d'abondance de tissu pour le cadre qui l'enserme, toute opération devra avoir pour but de réséquer une partie plus ou moins considérable de la cloison, cartilage et os ; que si on peut faire cette résection en conservant la muqueuse recouvrant le côté du septum opposé à celui par lequel on commence l'opération, cette muqueuse ainsi respectée assurera une irrigation meilleure de la région traumatisée et la mettra mieux à l'abri de la nécrose ou de l'infection.

Pour faire la résection du cartilage l'auteur se sert d'instruments tenant de la scie et de la lime qu'il appelle « scie-lime » ; bien entendu, la partie seule de l'instrument qui doit s'appliquer sur le septum est limante, la portion qui regarde les cornets est unie. Un doigt est introduit dans la narine obstruée pour repousser légèrement la cloison et faciliter l'introduction de l'instrument ; puis l'instrument étant en place un doigt est introduit du côté concave. Par des mouvements de scie de l'instrument on use à la fois muqueuse, cartilage et os, tandis que le doigt dans la narine opposée vérifie les progrès de l'usure et veille à ce que la muqueuse ne soit pas perforée. Les scies-limes sont faites de plusieurs grandeurs pour permettre une résection plus ou moins grande.

Si la déviation est minime une seule rainure est suffisante ; si elle est peu importante on fera à la lime deux rainures parallèles ; si elle est très volumineuse, le mieux est de faire deux rainures perpendiculaires, l'une du côté convexe, l'autre du côté concave de la déviation (dans ce cas la muqueuse du côté concave n'est évidemment pas conservée intacte).

A l'aide du forceps d'Adams on brise le fragment inférieur du septum à sa base et on le tord vers la narine la plus large ; les autres fragments sont ramenés en droite ligne par une simple pression avec le doigt.

On met ensuite un tube de Kile pendant six semaines durant lesquelles on surveille le malade. Ablation du tube pour nettoyage tous les trois ou quatre jours.

H. CABOCHE.

Une opération pour le redressement des déviations de la cloison nasale, par E. B. GLEASON (*The laryngoscope*, août 1902).

La pratique de l'auteur consiste à encadrer la portion déviée dans une incision en U, de façon à former un lambeau vertical aussi long que possible à pédicule supérieur (ou légèrement postéro-supérieur suivant le siège de la déviation) que l'on remet de force en position médiane, en le mobilisant autour de son pédicule comme charnière. C'est un procédé qui rappelle celui de Hajek, avec cette différence que l'incision comprend non seulement les portions cartilagineuses, mais autant d'os qu'il est nécessaire pour bien circonscrire la déviation. La présence de l'os dans le pédicule est même une condition de succès ; car sa rupture forcée au cours de l'intervention fait que le lambeau mobilisé n'a plus aucune tendance à revenir à sa position première. L'intervention comprend les différents temps suivants :

1° Incision horizontale à la scie parallèle au plancher au-dessous de la partie déviée (cette incision peut être faite au bistouri lorsqu'elle ne doit pas intéresser le vomer).

2° Incision verticale en avant de la déviation (Br. antérieur de l'U) au bistouri.

3° Incision verticale en arrière de la déviation avec un bistouri à double tranchant coudé sur le plat (lèvre postérieure de l'U). On rencontre souvent la lame osseuse vomérienne et le bistouri doit faire levier en prenant point d'appui sur le doigt qui le dirige dans la narine.

4° Mise en place du volet en rompant le pédicule par une poussée exercée avec le doigt de la fosse nasale obstruée vers la saine.

5° Un tube de Meyer ou d'Allen qu'on enlève dès le lendemain. Dans 20 % des cas seulement on est obligé de le laisser un temps variant entre trois semaines et trois mois.

L'auteur opère à la cocaïne.

H. CABOCHÉ.

Rhumatisme du nez (Rhinite rhumatismale), par W. FRENDETHAL (*Annals of otology, rhinology and laryngology*, mai 1902).

L'auteur donne plusieurs observations d'affections nasales qu'il rattache au rhumatisme.

Les caractères de la rhinite rhumatismale seraient : subjective-ment une douleur nasale spontanée vive, avec violent mal de tête, sensibilité à la pression des parties externes du nez, obstruction nasale uni ou bilatérale et parfois une sécrétion muqueuse ou

muco-purulente; objectivement du gonflement très notable des cornets inférieurs ou moyen ou des deux, d'un seul ou des deux côtés; enfin parfois de la rougeur et même du gonflement des parties molles du nez qui peuvent être atteintes d'éruption rattachées par l'auteur au rhumatisme.

Ces manifestations accompagnent ou précèdent la douleur rhumatismale articulaire et cèdent au traitement antirhumatismal.

H. CABOCHE.

Quelques particularités cliniques du rhume des foins et son traitement rationnel, par C. B. HOPE (*The laryngoscope*, août 1902).

L'auteur attire l'attention sur l'importance des lésions du cornet moyen dans le rhume des foins. Il a eu l'occasion d'étudier souvent une lésion du cornet moyen caractérisée par son hypertrophie inflammatoire. Lorsqu'elle est peu prononcée elle se traduit uniquement par une sensation spéciale de plénitude nasale; et, à un degré plus avancé, par un ensemble de symptômes rappelant complètement (à l'intensité et à la périodicité près) le rhume des foins. Or, toujours dans le rhume des foins vrai, l'auteur a vu ces lésions inflammatoires hypertrophiques du cornet moyen, et l'ablation de ce dernier (à l'anse ou à la pince) a toujours amené la guérison. Il en conclut que l'hypertrophie du cornet moyen est bien la lésion anatomique du Hay fever dont l'intensité des symptômes dépend d'un état nerveux spécial du sujet bien plus que de cette lésion qui ne lui est pas spéciale. Le traitement rationnel est l'ablation du cornet moyen.

Il n'accorde pas grande confiance à la théorie du pollen; et il cite à ce propos les résultats du récent travail de B. Heymann et Matzerschata (*Zietschrift für hygiene u. inf.*, nov. 22 1901) qui la rejettent pour deux raisons: 1° parce que, au moment où sévit le Hay fever, on trouve très peu de pollen dans l'atmosphère; 2° parce que on trouve moins de pollen dans le mucus nasal des malades atteints de Hay fever que dans celui d'un sujet pris au hasard. Cherchant à élucider la question de savoir s'il n'y aurait pas un micro-organisme du Hay fever, ils ne concluent pas; faisant seulement remarquer que les micro-organismes du pollen sont très peu nombreux (4 à 5 par fleur); et que au cas de Hay fever c'est le streptocoque qui domine dans le mucus nasal; tandis que c'est le staphylocoque pour les autres affections nasales.

H. CABOCHE.

Contribution à l'étude de la syphilis des fosses nasales, par
PIERRE BRUNEL, de Paris (*Revue hebdomadaire d'oto-rhino-laryngologie de Moure*, 1902, n° 46, p. 577).

Si la syphilis se platit dans les fosses nasales (Fournier) il n'est pas toujours aisé de l'en faire sortir ; si les lésions du nez sont généralement bénignes dans la syphilis soignée, il existe aussi une syphilis grave, chronique où le traitement reste impuissant. L'observation suivante le prouve : elle englobe vingt-deux ans d'évolution.

La malade, aujourd'hui âgée de 50 ans, a suivi avant 1880, un traitement spécifique. En 1880, après examen pour douleur de tête et de l'oreille droite avec suppuration abondante, on enlève deux séquestres de cette oreille ; les troubles cessent, sauf la suppuration qui dure encore un an malgré le traitement spécifique. De 1881 à 1895, le traitement est interrompu ; en 1895, on observe de nouveaux abcès du dos de la main droite, de la malléole externe droite qui guérissent après six mois. De 1896 à 1899, nouvel arrêt dans le traitement. En 1899, elle est soignée à Saint-Louis pour une gomme du voile du palais qui guérit par l'iodure et le calomel en piqûres. Malgré que le traitement soit continué, la même année apparaît un écoulement de pus par les narines avec élimination de séquestres ; l'odeur infecte et les lésions augmentent malgré le traitement de Darzens. Avec le stylet on découvre un gros séquestre mobile qu'il faut enlever après décortication de la face : c'est le vomer qui est entièrement nécrosé. Les cellules ethmoïdales antérieures infectées sont curettées. La malade continue à prendre de l'iodure mais ne guérit pas complètement. En 1901, une ulcération gommeuse, large comme une pièce de cinq francs, située au milieu de la lèvre supérieure est soignée trois mois à Saint-Louis. En 1902, l'auteur résumant le reliquat des lésions constate : un nez de perroquet type, sans cloison, avec un vaste orifice montrant la paroi postérieure du pharynx ; le cornet inférieur droit a disparu ; le reste semble sain ; au niveau de l'ancienne sous-cloison on trouve encore une ulcération gommeuse (1 fr.) à fond sanieux sans os dénudé.

Donc, après un long traitement antérieur, en un an et malgré 6 grammes d'iodure par jour, le cartilage triangulaire, la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et le vomer ont été détruits et la guérison est loin d'être encore obtenue. (L'hypothèse du lupus ou de la tuberculose des fosses nasales a été éliminée après examens bactériologiques.) C'est par conséquent une syphilis grave, résis-

tant au traitement spécifique, qui n'est pas une rareté et dont il faudra savoir se défier pour n'établir un pronostic favorable que sous réserves.

WICART.

Cure radicale et rapide de la sinusite frontale chronique, par
GORIS (*Presse oto-laryngologique belge*, 1902, n° 10, p. 315).

Suppuration chronique du sinus frontal, occasionnée et entretenue par une suppuration de l'ethmoïde.

Après avoir critiqué la méthode d'Ogston-Luc à pansements prolongés avec cavité conservée, la méthode de Kuhnt, meilleure, mais qui conserve la paroi inférieure et risque une fistule entre cette paroi et les parties molles adhérent mal, l'auteur expose son procédé qui : 1° Supprime totalement la cavité sinusale : Trépanation à la fraise électrique de Doyen ; la paroi antérieure est enlevée à la pince emporte-pièce ; on décolle à la rugine le périoste de la paroi orbitaire supérieure et de l'angle interne de l'orbite et cette cavité est ainsi à l'abri de l'infection ; la paroi inférieure est ensuite réséquée jusque dans l'ombre orbitaire interne ; les parties molles, détachées, par leur poids s'appliquent sur la paroi sinusale postérieure ; 2° Supprime la voie d'infection : à la curette ou à la gouge on creuse l'infundibulum d'un orifice de drain comme le petit doigt, du front vers le nez et par cet orifice on détruit à la curette l'ethmoïde antérieur qui est toujours malade ; une sonde étant introduite dans l'infundibulum, on taille la paroi externe de celui-ci pour permettre l'écoulement du liquide de l'angle interne de l'orbite ; cautériser le champ cureté au chlorure de zinc à 1 p. 20 ; par l'infundibulum, introduire dans le nez un drain dont l'orifice supérieur soit sous l'orifice supérieur de l'infundibulum ; terminer par une suture endermique et un tamponnement serré. On enlève le drain au bout de quatre jours et la guérison s'obtient du cinquième au sixième jour.

WICART.

III. — LARYNX

Repli membraneux d'origine congénitale siégeant sur la paroi postérieure du larynx, par HARMER (*Wiener klinische Wochenschrift*, 13 novembre 1902).

Les observations signalant la présence d'un repli membraneux d'origine congénitale à l'intérieur du larynx ne sont pas excessivement rares. Cependant jusqu'à ces derniers temps il s'agissait toujours de replis siégeant sur la commissure antérieure, et c'est il y a quelques années seulement que Chiari a observé et décrit pour la première fois un repli de cette nature sur la paroi laryngée postérieure. Son observation, qui se complétait heureusement par l'examen histologique de la membrane, était la suivante :

Jeune fille de 15 ans, enrôlée dès sa plus tendre enfance ; à l'examen laryngoscopique l'on constatait à la respiration un repli membraneux d'aspect blanchâtre et de forme semi-lunaire qui s'étendait entre les deux cordes vocales en s'insérant sur la paroi postérieure du larynx ; à la phonation ce repli se soulevait dans son milieu et constituait une saillie unique empêchant la fermeture totale de la glotte. Au microscope on le trouva constitué par un tissu épithélial ; les cellules étaient hypertrophiées par places, atrophiées en d'autres ; les cellules qui constituaient les couches tout à fait superficielles étaient cornées. Au-dessous de l'épithélium il existait une couche plus ou moins épaisse d'un tissu conjonctif serré parsemé de nombreux vaisseaux capillaires et de leucocytes.

Fein a publié tout récemment un deuxième cas de ce genre, mais bien moins démonstratif. Sa malade, femme âgée de 65 ans, présentait en effet un repli membraneux s'étendant entre l'extrémité postérieure des cordes vocales ; comme sa malade n'avait jamais eu antérieurement aucun processus ulcéreux ni affection quelconque du larynx, Fein, s'appuyant sur ses dires, en concluait qu'il s'agissait d'une membrane d'origine congénitale. Son cas est peu probant, car il n'y eut pas d'examen microscopique de fait et d'autre part au laryngoscope ce repli faisait moins l'effet d'une mince membrane que d'une bande épaisse et résistante.

Harmer décrit un cas de repli membraneux congénital découvert incidemment à l'autopsie. Ce repli réunissait l'extrémité postérieure des cordes vocales, s'étendant de l'un à l'autre bord de

ces dernières ; en arrière il se portait obliquement en haut vers la paroi postérieure du larynx où il s'insérait, formant ainsi une sorte de petit toit ; la membrane qui le constituait était extrêmement mince et ténue.

Histologiquement, son épithélium se composait de cellules pavimenteuses disposées en couches peu nombreuses. Par places, les cellules les plus superficielles étaient cornées. Au-dessous, son stroma était constitué par du tissu conjonctif lâche parsemé de capillaires et de leucocytes.

En somme, tant au point de vue macroscopique que microscopique, le cas de Harmer rappelle tout à fait celui décrit par Chiari, et ce serait le deuxième de ce genre, publié jusqu'ici, si l'on fait abstraction de l'observation de Fein pour laquelle la certitude complète n'existe pas.

L'origine de ces replis membraneux doit être recherchée, si toutefois les théories de Roth, Bruns et Hausemann sont exactes, dans des troubles de développement survenus durant la vie intra-utérine, dans des accolements épithéliaux qui ne se sont séparés qu'imparfaitement.

AD. GRINER.

Paralysie syphilitique double des dilateurs de la glotte suivie de guérison, par STEINHAUS (*Muenchener medicinische Wochenschrift*, 11 novembre 1902).

Malade âgé de 39 ans, ayant eu deux ans auparavant des accidents syphilitiques, entre à l'hôpital se plaignant d'élançements douloureux de la jambe gauche, qui, survenant par crises, lui rendent la marche pénible. On pense à une névralgie sciatique d'origine rhumatismale et on soumet le malade au salicylate de soude.

Au bout de quinze jours de ce traitement, surviennent des douleurs vives dans la région du cou, de la difficulté à la déglutition auxquelles s'associe brusquement deux jours après une dyspnée inspiratoire considérable. Couché dans son lit, la tête renversée en arrière, le visage cyanosé, le malade respire avec peine ; l'inspiration est pénible, bruyante au point de s'entendre de loin et de gêner le repos des autres malades ; l'expiration, au contraire, se fait facilement et la parole est conservée.

Au laryngoscope on constate l'intégrité des cartilages aryténoïdes ; la glotte se présente dans sa portion ligamenteuse sous la forme d'une mince fente ovale ; la partie cartilagineuse a l'aspect d'un petit triangle. Quant aux cordes vocales elles-mêmes, d'aspect normal, elles sont en position médiane.

C'est l'image classique de la paralysie double des dilatateurs de la glotte.

On soumet le malade au traitement antisyphilitique : à l'intérieur iodure de potassium et injections mercurielles sous-cutanées.

L'amélioration avec ce traitement est telle qu'au bout de quinze jours la dyspnée est considérée comme entièrement disparue et que le malade peut se lever ; en même temps les douleurs de jambe, la difficulté à la marche diminuent progressivement et après trois mois de traitement le malade quitte l'hôpital complètement guéri. L'examen laryngoscopique, fait à sa sortie, indique une glotte tout à fait normale ; à la phonation les cordes vocales se joignent sur la ligne médiane et à l'inspiration elles ont leur écartement ordinaire ; elles ne présentent aucune espèce d'altération.

AD. GRINER.

Lymphangiome caverneux siégeant sur une corde vocale, par FEIX, (*Wiener klinische Wochenschrift*, 10 juillet 1902).

Malade âgé de 28 ans, se plaignant d'être sujet depuis quelques mois à de l'enrouement et à de la toux, et d'avoir une sensation de poids au niveau du cou.

Au laryngoscope on trouve, siégeant sur la corde vocale droite, une petite tumeur fusiforme, jaunâtre et transparente. Les deux tiers antérieurs de la corde environ sont occupés par cette néoformation qui paraît avoir une consistance molle ; dépassant le bord libre de la corde, elle empêche à la phonation les deux cordes d'arriver au contact. Sa mobilité aussi bien à la phonation qu'à la respiration est insignifiante.

La tumeur fut enlevée facilement et en une fois à la pince de Serhötter ; l'hémorragie consécutive fut à peu près nulle et la voix redevint aussitôt normale. Dès le lendemain de l'opération, la cicatrisation était déjà telle que le siège de la tumeur était à peine marqué par un peu de rougeur de la corde vocale en ce point ; deux jours après toute trace avait disparu et la corde vocale avait repris son aspect normal.

Revu au bout de six mois, le malade continuait à bien aller ; l'enrouement et tous les symptômes subjectifs, totalement disparus aussitôt après l'opération, n'avaient pas reparu. L'examen laryngoscopique fait voir une glotte tout à fait normale ; sur la corde vocale droite, blanche et lisse, aucune trace d'une altération quelconque.]

Au microscope, la tumeur présente à sa périphérie un épithé-

lium pavimenteux disposé en plusieurs couches de cellules dont les plus superficielles sont cornées; à cet épithélium fait suite un stroma de tissu conjonctif lâche, parsemé de larges cavités tapissées à leur intérieur d'un endothélium constitué par une seule couche de cellules et renfermant une substance finement granuleuse, se colorant en rose pâle à l'éosine et dans laquelle se trouvent quelques leucocytes. Directement au-dessous il existe un grand nombre de petites vacuoles constituées par des vaisseaux lymphatiques dilatés.

Il s'agissait donc ici, d'après cet examen histologique, d'un lymphangiome caverneux.

AD. GRINER.

Etude sur le nerf laryngé inférieur : anatomie et physiologie normale et pathologique, par BROECKAERT, de Gand (*in Presse otolaryngologique belge*, 1902, n° 11, p. 347).

Dans ce long article très documenté, l'auteur met au point l'état de nos connaissances, à ce jour, sur la localisation centrale et bulbaire et la physiologie du nerf récurrent, pour essayer ensuite d'élucider la physiologie pathologique de ce nerf; il se propose enfin de contrôler les faits avancés par des recherches personnelles qui pourront contribuer à résoudre cet important problème.

1° *Centres laryngés corticaux.* — Des deux centres phonatoire et respiratoire corticaux de Krause, le premier seul est localisé sûrement chez l'homme et bilatéral; contrairement à l'opinion de Masini, l'auteur admet comme démontré, avec Semon, Horsley, Onodi et Klemperer, l'effet bilatéral de chaque centre phonatoire. Quel est l'effet de la destruction de ces centres? Les contradictions sont nombreuses: pour les uns la destruction totale supprime l'aboiement chez le chien (Krause, Ivanow, Aronsohn) mais pour un temps plus ou moins prolongé; pour d'autres (Onodi et Klemperer) il n'y a aucune modification après l'opération; Katzenstein constate une modification mais passagère et la croit due au malaise post-opératoire.

Le Dr Broeckeaert réfute les explications de Katzenstein (une laparotomie, par exemple, ne peut supprimer l'aboiement, même peu de temps, au lieu qu'après la destruction des centres phonatoires c'est l'accident phonatoire qui persiste plus que tout autre). Dès 1895 (et il constate qu'il fut suivi dans ses conclusions par le Dr Griner (Th. 1898) élève de Lermoyez) il conclut que l'adduction active des cordes était détruite avec l'ablation des centres de

Krause ; des suppléances cérébrales plus ou moins lentement établies expliqueraient le retour de la phonation.

Onodi, en raison de ses résultats négatifs, après de nouvelles expériences, croit à un centre phonatoire complémentaire protubérantiel situé entre les tubercules quadrijumeaux postérieurs et la région du vague. Klemperer et Grabower nient ces résultats et prétendent qu'il faut inciser le centre bulbo-phonatoire pour obtenir la suppression de l'aboïement. Pour l'auteur, il faut conclure que le centre bulbo-phonatoire s'étend plus loin que la zone indiquée par Semon et Horsley, mais il ne croit pas à un deuxième centre phonatoire sous-cortical ou protubérantiel qui suppléerait au centre de Krause.

2° Centres laryngés bulbaires. — Là aussi, avec Semon et Horsley, on considère deux centres réflexes phonatoire et respiratoire. Ni la physiologie ni la clinique n'ont pu en déterminer le siège et l'étendue. Mais par la méthode de Nissl, par la chromolyse constatée au niveau du bulbe après arrachement (et non section) des nerfs, des recherches précises ont été faites par de nombreux auteurs. Fritz de Beule, élève de Van Gehuchten, place le centre bulbaire de l'innervation motrice dans le noyau dorsal du vague dont il occupe les 6/8 moyens et la destruction de ce noyau amène la position cadavérique de la corde. L'auteur, après des recherches personnelles, confirme ces conclusions chez le lapin ; il poursuivra cette étude sur d'autres animaux. Pour le centre bulbo-respiratoire, après les travaux de van Gehuchten que l'auteur a contrôlés par des expériences personnelles, il faut placer le centre respiratoire (dilatation glottique) dans le noyau dorsal du vague. Comme cette fonction appartient au muscle crico-aryténoïdien postérieur seul, il faut rechercher la localisation bulbaire du nerf qui régit ce muscle, lequel n'est pas troublé par la rupture des filets radiculaires du nerf spinal, comme l'ont démontré Onodi, Grabower, Grossmann et de Beule ; ce dernier a prouvé de plus que la 1/2 postérieure seule du noyau dorsal du vague est en connexion avec le spinal ; donc, le centre respiratoire bulbaire siège dans le 1/3 antérieur du noyau moteur du larynx.

Le Dr Broeckart se propose de vérifier prochainement cette assertion en arrachant la branche nerveuse du muscle crico-aryténoïdien postérieur ou le muscle lui-même. En résumé : le noyau moteur du larynx occupe les 6/8 moyens du noyau dorsal du vague ; les deux modes phonatoire et respiratoire sont dissociés ; le centre respiratoire est situé dans le 1/3 antérieur du noyau moteur du larynx.

WICART.

Sténose laryngée avec symphyse staphylo-pharyngée cicatricielle.
— Du tubage dans les sténoses fibreuses du larynx, par SARGNON (*Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie*, 1902, n° 45, page 345).

Chez un garçon de 10 ans, une symphyse staphylo-pharyngée, prise pour de la syphilis acquise, coïncide avec une sténose cicatricielle du larynx supposée de même origine ; l'apparition ultérieure d'un lupus du nez en révèle la nature tuberculeuse.

Le Dr Albertin se propose de libérer les adhérences du voile et d'appliquer l'appareil prothétique du Dr Martin. Mais, pour éviter des accidents de suffocation opératoire, il faut dilater auparavant le larynx ; le procédé du tubage méthodique sera employé par le Dr Sargnon. L'orifice supérieur du larynx admet à peine l'index cependant que les espaces glottiques et sous-glottiques sont normaux. En huit jours on fait trois tubages : le premier de quelques minutes, le deuxième de 24 heures, le troisième de 45 heures ; le malade qui ne pouvait courir en est désormais capable sans essoufflement exagéré et l'opération peut être pratiquée.

De l'observation et des interventions, l'auteur déduit que : les symphyses staphylo-pharyngées, avant tout syphilitiques, peuvent être tuberculeuses : il faut les opérer dans la forme cicatricielle passive, attendre et donner de l'iodure dans les formes sclérosantes actives. Le tubage pour la sténose laryngée a donné les plus beaux résultats ; conservez au tube la ficelle ; évitez l'obstruction par des pulvérisations humides et une surveillance continue. Dans les sténoses cicatricielles du larynx en évolution, ou définitives, ou de la partie supérieure de la trachée, le tubage d'O'Dwyer est indiqué si la sténose est peu serrée ; dans les sténoses très serrées, il sert à maintenir la dilatation après section de l'obstacle. Il est contre indiqué dans les sténoses tuberculeuses en évolution, ou si le malade ne supporte pas le tube, ou s'il y a des obstacles graves du pharynx, de l'orifice supérieur du larynx, ou de la sténose trachéale basse.

WICART.

Aphonie spasmodique hystérique, par M. MIGNON (*Revue hebdomadaire d'oto-rhino-laryngologie de Moure*, 1902, n° 46, page 581).

L'auteur rapporte une observation d'aphonie spasmodique hystérique de plus de 2 ans et guérie par la suggestion et les exercices vocaux. La malade, d'antécédents hystériques non douteux,

après une grippe, éprouve à sa première sortie pour une faiblesse passagère une vive émotion qui la laisse dans l'impossibilité de parler à voix haute ; pendant un an elle ne peut que parler à voix basse, sauf à de rares intermittences et même elle devient muette si elle veut absolument parler haut. Depuis et pendant dix-huit mois, elle est complètement aphone malgré tous les traitements anti-nerveux ou toniques, ou locaux. En mai 1901, le Dr Mignon examine la malade au laryngoscope, ne trouve aucune lésion apparente et l'aspect glottique est normal et symétrique quand la malade respire ; à l'articulation du son les cordes vocales se rapprochent spasmodiquement jusqu'au contact, les bandes ventriculaires suivent ; les muscles de la face et du cou se contracturent, mais aucun son n'est émis et il y a une dyspnée passagère ; avec la respiration les cordes reprennent leur place ; tous les muscles adducteurs agissent dans le spasme et les ary-aryténoïdiens ferment la glotte cartilagineuse.

Après un badigeonnage cocaïné du larynx, on peut obtenir, après quelques peines, l'émission des voyelles sous le laryngoscope, et en retirant ensuite l'instrument on peut faire exprimer des mots. Après un temps de repos, un nouvel essai provoque le retour du spasme ; mais on engage la malade à se tenir la langue pour émettre des sons simples et bientôt la parole renait. Dans l'espace de trois semaines deux récides seulement étaient survenues, d'ailleurs rapidement guéries par le même procédé ; ensuite la guérison demeure définitive.

Voilà bien l'affection décrite par Nothnagel, l'aptongie laryngienne spasmodique de Gottstein ; ce n'est pas l'incoordination des cordes par fatigue professionnelle ou hystérie simple (avec parésie des adducteurs), d'où l'échec des thérapeutiques antérieures. Il y a idée fixe comme dans l'hystérie, mais elle entraîne au lieu de l'absence de fonction, une incoordination semblable à celle produite par l'émotion causale. D'où le traitement pathogénique à deux buts : suggestion contre l'état psychique, rééducation de l'organe contre l'incoordination.

WICART.

IV. — PHARYNX, OESOPHAGE, CORPS THYROÏDE

Rapport sur une suite de quarante-trois cas de diphtérie, par CHAMPION, S. GURNEY ET VAUGHAN (*Lancet*, 26 juillet 1902).

La statistique de ces 43 cas consécutifs de diphtérie a pour but de montrer la valeur de la trachéotomie et de l'antitoxine.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Mort par ouverture spontanée d'un abcès de l'amygdale, par LYONS ALEXANDER (*Lancet*, 20 sept. 1902).

Un homme âgé de 28 ans fut admis à l'hôpital avec un volumineux abcès amygdalien du côté gauche. On lui donna un bain chaud et il fut mis au lit, et but un verre de lait. Environ une demi-heure après, l'infirmière l'entendit qui toussait faiblement, et s'approchant fut surprise de le trouver cyanosé ; le patient mourut en cinq ou six minutes.

A l'autopsie on constata que l'abcès avait crevé et qu'une petite quantité de pus avait gagné la partie supérieure du larynx.

SAINT CLAIR THOMSON.

Contribution à l'étude des perforations congénitales et acquises du voile du palais, par BROECKAERT (*Presse oto-laryngologique belge*, 1902, n° 9, p. 287.)

L'auteur passe en revue rapide les opinions émises sur les perforations congénitales dont il n'existe pas d'observation dans la première enfance. Semon, Raoult, Chiari, Testut admettent soit un arrêt de développement, soit une résorption embryonnaire ; d'autres les rattachent à des maladies antérieures. Le D^r Broeckaert croit aux 2 origines possibles surtout pour les perforations unilatérales, et il présente ici une observation personnelle de chaque cas.

1^o Chez une jeune fille de 17 ans, perforation ovale du pilier antérieur gauche qui coïncide avec une paralysie totale de la moitié gauche du voile et de la branche cervico-faciale, et une surdité complète par destruction des tympanes et des osselets. A 7 ans la malade atteinte de scarlatine avait eu une angine nécrotique et une otite moyenne purulente ; l'origine de la perforation du

voile est sûrement scarlatineuse d'autant que la muqueuse, pour-tant lisse, des bords de la perforation présente du tissu cicatriciel.

2° Ils'agit d'une femme de 66 ans. Sur le voile raccourci et aminci que l'atrophie musculaire rend transparent en certains points, avec loge amygdalienne peu profonde contenant des amygdales rudimentaires, on trouve deux perforations ovalaires à bords amincis et lisses sans tissu de cicatrice. Ce sont des perforations congénitales non symétriques (donc ne sont pas seules congénitales les perforations symétriques).

Comment se produisent ces perforations congénitales ? L'auteur rejette l'arrêt de développement de Semon, la résorption embryonnaire de Testut pour croire à une aplasie par lésion vasculaire, trouble de nutrition.

WICART

Quelques cas rares de sarcome du corps thyroïde, par DANIEL.

P. L. (*Lancet*, 19 juillet 1902).

Les quatre cas relatés confirment dans l'opinion que les tumeurs malignes du corps thyroïde sont malheureusement vues la plupart du temps à une période trop avancée pour qu'un traitement radical soit possible. L'extirpation peut être pratiquée seulement dans un cas, et encore le cas est-il très démonstratif au point de vue de l'incertitude du diagnostic et du pronostic, et de la difficulté de pratiquer l'extirpation quand la lésion est devenue extracapsulaire. Dans un cas on dut faire la trachéotomie. Les tumeurs malignes du corps thyroïde passent pour être plus fréquentes dans les glandes déjà affectées de tumeurs bénignes. Cela peut être vrai en règle générale, mais dans aucune des observations citées, il n'y a d'antécédents permettant de supposer l'existence préalable d'une tumeur bénigne; dans une seule il y a bien probabilité d'une affection antérieure de la glande thyroïde, mais non d'une tumeur.

SAINT-CLAIR THOMSON.

De la thyroïdectomie dans les thyroïdites suppurées aiguës, par DELORE. (*Lyon Médical*, 30 juillet 1902, p. 81.)

A la société nationale de médecine de Lyon, M. Delore, à l'occasion d'une observation prise dans le service du prof. Poncet, appelle l'attention sur cette méthode de traitement parfois nécessaire dans les thyroïdites rebelles aux incisions et au drainage.

Il semble, d'après cette observation, qu'il y a souvent mieux à

faire qu'une simple incision avec drainage contre les thyroidites. Lorsque l'incision ne calme pas rapidement la fièvre, ne tarit pas la suppuration, le chirurgien ne devra pas hésiter à pratiquer une strumectomie, même pendant la période fébrile.

M. Delore rejette cependant l'ablation primitive des goitres suppurés, proposée par Kümmer en 1891. En général, une incision sera faite tout d'abord. Est-elle insuffisante ? On n'hésiterait pas à pratiquer la *strumectomie secondaire précoce, intra-fébrile*, sans trop tarder. Cette opération pourra seule tarir certaines suppurations rebelles, *rétrosternales*, situées en un point déclive, et dans lesquelles les accidents sont entretenus par de vrais séquestres glandulaires. Cette méthode mérite d'attirer l'attention des chirurgiens français, suivant M. Poncet. M. Jaboulay l'a employée une fois déjà (cas inédit), et avec succès. En somme, il y a des indications de la *strumectomie à chaud*, à côté des indications de la strumectomie à froid.

La strumite aiguë réclame parfois l'ablation radicale, de même que les salpingites, les kystes hydatiques suppurés, les bartholinites, etc. ; l'extirpation qui supprime une large surface suppurante peut être substituée, sans dangers, à des procédés conservateurs, lorsque ceux-ci sont démontrés insuffisants.

P. SEBILEAU

Quelques cas de maladie de Graves (*Somes illustrations of Graves's disease*), par G. A. GIBSON (*The Practitioner*, mars 1902, p. 284).

Parmi les cas cités par l'auteur, celui-ci a constaté un fait dans lequel l'affection s'est améliorée à la suite de cautérisations nasales et de l'ablation d'un polype du nez.

A. RAOULT.

Considérations sur le rôle de l'hydrargyre dans la stomatite mercurielle, par M. LOUP. (*L'odontologie*, 30 déc. 1902, p. 687.)

L'auteur défend cette thèse acceptée aujourd'hui, croyons-nous, par tous les médecins, que la seule élimination du mercure par les glandes salivaires est incapable d'engendrer une stomatite. Il n'y a pas de stomatite chimique ; il n'y a que des stomatites bactériennes. Aussi l'intoxication mercurielle ne détermine-t-elle pas de réaction inflammatoire dans les bouches bien tenues, où les dents et les gencives sont saines. La stomatite mercurielle n'est qu'une stomatite banale favorisée par l'action du

mercure qui « met en état de moindre résistance les cellules de la cavité buccale » et diminue les moyens de défense de la muqueuse.

Il est donc nécessaire de soigner d'une manière particulièrement attentive, ainsi que chacun sait, la bouche et les dents de tout malade qu'on soumet à l'action du traitement mercuriel.

« La toilette de la bouche nécessitera deux séances. Il est de toute nécessité de ne pas laisser de tartre au collet des dents et il ne faut pas laisser, dans les caries avancées, les débris infects qui s'y trouvent. Le curettage et le lavage antiseptique seront faits pendant ces deux séances, après lesquelles le traitement spécifique pourra être commencé, concurremment avec les soins de la bouche qui doivent être très minutieux. Toutes les caries devront être traitées et obturées, toutes les racines seront soignées ou extraites de façon à ne laisser aucun nid à microbes, ni bords aigus susceptibles de provoquer des ulcérations linguales.

Le malade doit, naturellement, cette opération faite, assurer lui-même la continuité des soins de la bouche (brossage des dents, bains de bouche, chlorate de potasse à l'intérieur). CLAM

A propos du somnoforme, par HEYNINX. (*Presse oto-laryngologique belge*, 1902, n° 9, p. 296.)

Le somnoforme du Dr Rolland (chlorure d'éthyle 60 %, chlorure de méthyle 35 %, bromure d'éthyle 5 %) est supérieur au bromoforme et au protoxyde d'azote. Il possède une grande diffusibilité, une absorption et une élimination très rapides, son action est moins excitante et moins toxique que les précédents. L'anesthésie s'obtient avec dilatation pupillaire et résolution musculaire ; le sommeil est calme, le réveil rapide. Il n'y a pas encore d'accidents notés.

WICART

L'adrénaline en oto-rhino-laryngologie, par RICARDO BOTY Ar-
(*chivos latinos de Rinol. Laring. Otol.* 1902).

Cet important travail constitue l'étude la plus fouillée qui ait encore été faite sur ce sujet.

Quelques-unes des conclusions de l'auteur méritent d'être transcrites intégralement.

1° L'adrénaline est un hémostatique supérieur aux meilleurs jusqu'ici connus, tels l'eau oxygénée, la ferripyrine, car il a une action préventive sur l'hémorrhagie.

2° Nulle part ce corps ne montre aussi bien ses propriétés que sur la muqueuse nasale.

3° On a cependant exagéré l'action de l'adrénaline sur les tissus fongueux, car plus un tissu renferme d'éléments embryonnaires moins elle agit sur lui.

4° On ne saurait nier que l'adrénaline soit toxique, plus encore que la cocaïne : heureusement, la dose toxique dépasse de beaucoup celle qui est utile pour obtenir ses effets physiologiques.

5° L'avenir de l'adrénaline est immense, car en dehors du champ de notre spécialité, elle pourra encore être employée dans une foule d'autres conditions, dont voici les principales : A. contre la fatigue musculaire des neurasthéniques, des convalescents ; B. dans tous les processus infectieux où apparaissent des manifestations d'insuffisance surrénale : prostration, diarrhée, collapsus cardiaque, hypothermie, etc. ; C. chez les tuberculeux, dont elle diminue la toux, la fièvre, dont elle relève les forces et l'appétit.

6° En solution au millième, l'adrénaline en application peut être utilisée « *larga manu* » en oto-rhinologie : inutile d'employer des solutions plus concentrées, car elles peuvent être dangereuses, et du reste, leur effet n'est pas en rapport direct avec leur concentration.

7° Au contraire, en injection sous-cutanée, elle doit être prescrite avec une grande prudence. Une injection d'un milligramme est déjà imprudente.

8° Il faut restreindre le plus possible l'emploi de l'adrénaline, surtout en injections hypodermiques, chez les jeunes enfants, et principalement chez les vieillards, ou chez les artérioscléreux ; craindre chez eux les dangers graves d'une excessive vaso-contriction.

9° Il faut attirer l'attention sur deux phénomènes secondaires de même ordre, qui sont : l'un, l'hémorrhagie secondaire intense qui peut survenir après les opérations intra-nasales faites sous adrénaline, l'autre l'aggravation que subit dans la suite le coryza spasmodique traité par des pulvérisations d'adrénaline. Dans le premier cas, cette vaso-dilatation secondaire commande un tamponnement intra-nasal post-opératoire de deux jours.

10° Les études expérimentales faites sur les animaux avec l'adrénaline ne sont pas exactement applicables à l'homme. Les cobayes supportent des doses qui pourraient être mortelles pour l'organisme humain.

11° En raison de la toxicité de l'adrénaline en injections sous-

cutanées, voici comment doit être modifiée la formule d'une solution pour injection de Schleich :

Solution à 1/1000 de chlorhydrate d'adrénaline.	5 gr.
Solution saline à 7/1000.	15 gr.
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 01 cent. ;
Chlorhydrate de cocaïne.	0 gr. 02 cent. ;
Acide phénique	Deux gouttes.

On peut injecter cinq à six seringues de cette solution sous la peau du cou, quantité suffisante pour produire une infiltration et une anémie utiles, sans s'exposer à des accidents cardio-vasculaires.

M. LERMOYEZ.

Le sérum de Trunecek. (*Médecine moderne*, 28 juillet 1902.)

Voici la formule du sérum de Trunecek :

Sulfate de soude	0 gr. 44
Chlorure de sodium	4 gr. 92
Phosphate de soude.	0 gr. 15
Carbonate de soude	0 gr. 21
Sulfate de potasse	0 gr. 40
Eau distillée, q. s. pour	100 gr.

Il représente, mais en solution dix fois plus concentrée, un mélange de tous les sels alcalins qui constituent normalement la partie inorganique du sérum sanguin, et dans leurs proportions respectives. Léopold Lévi conseille de stériliser la solution sur bougie de porcelaine, la stérilisation à l'autoclave pouvant provoquer la formation de précipités cristallins qui rendent l'injection douloureuse.

Trunecek injecte 1 centimètre cube de la solution, puis il recommence l'injection tous les quatre ou sept jours, en augmentant de 0,1 gr. à 0,5 gr. Parfois il fait des injections tous les jours et pousse jusqu'à 5 et même 7 centimètres cubes. Il fait de préférence les piqûres à l'avant-bras. L. Lévi les fait plutôt à la fesse. Il commence par 2 centimètres cubes pour augmenter de 1 centimètre tous les deux jours, et se tient alors à 5 centimètres, sauf dans les cas où la douleur est forte. Dans des cas particuliers, il a injecté jusqu'à 12 centimètres de la solution.

On peut aussi utiliser le sérum en lavement. L. Lévi a pu, sans inconvénient, l'administrer sous cette forme jusqu'à la dose de 35 centimètres cubes.

Habituellement il pratique dix injections, puis continue le traitement par des lavements, quitte à revenir plus tard aux injections.

L'action en général est très rapide, mais l'effet peut de même s'épuiser très vite. Aussi est-il bon parfois de cesser la médication pour la reprendre ensuite.

Le sérum de Trunczek est applicable à la *sclérose des gros vaisseaux*, à la *sclérose du cœur*, à la *cachexie artérielle* ; il donnerait de très heureux résultats dans l'otite scléreuse.

Comment expliquer les effets qu'il produit ?

Trunczek pense que les alcalins jouent un rôle dans la solubilité du phosphate de chaux qui incruste la paroi des artères sclérosées. Les expériences de Lévi seraient contraires à cette manière de voir. Cet auteur rapporte plutôt les effets du sérum à des variations circulatoires que l'action soit directe ou se fasse par l'intermédiaire du système vaso-moteur. Il a observé, dans 57,4 % des cas un abaissement de la tension artérielle, cet abaissement variant de 2 à 7 centimètres.

Le mécanisme de l'action du sérum de Trunczek peut-être multiple. Deux éléments sont essentiels : l'action sur la pression artérielle qui trouve son application dans l'artério-sclérose, puis certaines modifications de la crase sanguine qui permettent de comprendre l'action du sérum dans le rhumatisme chronique.

Mais d'après L. Lévi, c'est surtout dans tous les cas où il existe de l'hypertension artérielle que la médication s'imposerait ; les diverses modalités de l'artério-sclérose soit généralisée, soit localisée, doivent surtout en bénéficier.

Ces recherches apportent une nouvelle contribution à l'histoire déjà si curieuse des sérums. La méthode de Trunczek paraît fort séduisante, mais elle est encore à l'étude et l'avenir seul nous renseignera sur le bien-fondé des espérances que l'on peut concevoir sur cette médication.

P. SEBILBAU

NÉCROLOGIE

GARRIGOU DÉSARÈNES

Nous apprenons la mort, à l'âge de 70 ans, du Dr GARRIGOU DÉSARÈNES.

NOUVELLES

Le Danemark vient de rendre l'étude de l'otologie et de la rhinologie obligatoire pour les étudiants en médecine.

Le Prof. PASSOW, d'Heidelberg, est nommé geheimrath et prend la succession du Prof. TRAUTMANN, à la clinique otologique de l'hôpital de la Charité, à Berlin.

Le Prof. KUMMEL, de Breslau, prend, à Heidelberg, la succession de PASSOW.

Le privat docent V. HINSBERG (de Königsberg), est nommé professeur extraordinaire d'oto-rhino-laryngologie en remplacement du Prof. KUMMEL.

Le Dr DENKER est appelé à l'Université d'Erlangen comme directeur de la clinique oto rhino-laryngologique.

A. MERMOD (d'Yverdon), est nommé professeur extraordinaire d'otologie à l'Université de Lausanne.

V. S. BÖKE est nommé professeur extraordinaire d'otologie à l'Université de Budapest.

Nous sommes heureux d'annoncer que notre éminent confrère, le Dr DE ROALDÉS, de la Nouvelle-Orléans, vient d'être promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

Le Congrès de l'American Laryngological Association se tiendra, à Washington, les 1-2-13-14 mai 1904.

Le jubilé du Prof. Bezold.

Le 21 décembre 1902 a eu lieu, à Munich, le jubilé de la 25^e année de Docentté du Hofrath Prof. Bezold. Le Prof. Siebenmann a prononcé le discours jubilaire. Le Prof. Hartmann remit un Festschrift édité par le *Zeitschrift für ohrenheilkunde*. Le directeur de l'Institut central des sourds-muets de Munich remercia Bezold des services que ses travaux ont rendus à ces déshérités : et un jeune sourd-muet, pourvu de restes auditifs, vint réciter un compliment de circonstance.

Cliniques allemandes.

Il peut être intéressant de connaître le nombre des malades traités, en 1900-1901, dans les diverses polycliniques oto-laryngologiques officielles d'Allemagne, ainsi que celui des élèves qui les fréquentent

	Malades	Etudiants
Berlin.	7805	75
Bonn	2182	34
Breslau	3504	102
Göttingen	2185	21
Gefswald	121	0
Halle	2425	21
Kiel	2645	97
Königsberg.	967	30
Marburg.	1260	46

Il y a actuellement dans toute l'Allemagne 516 médecins qui font à la fois l'otologie et la laryngologie : 99 de l'otologie seulement ; et 52 de la laryngologie pure ; 41 cumulent l'otologie avec l'ophtalmologie.

Le Dr Arthur HARTMANN, de Berlin, dont le traité classique des maladies de l'oreille est si connu en France, vient enfin de recevoir le titre de professeur.

Dates des réunions générales à Londres des sociétés spéciales en 1903.

La British laryngological, rhinological and otological association se réunira, 11, Chandos street, Cavendish square, W, les vendredis 9 janvier, 13 mars, 8 mai et 13 novembre.

La Laryngological Society of London se réunira, 20, Hannover square, W, à 5 heures, les vendredis 9 janvier, 6 février, 6 mars, 3 avril, 1^{er} mai, 5 juin.

La Otological Society of the united kingdom, se réunira, 11, Chandos street, Cavendish square, W, à 4 heures 30, les lundis 2 février, 2 mars, 2 mai, 7 décembre.

SOCIÉTÉ ITALIENNE DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE

La prochaine réunion aura lieu à Rome, en octobre 1903

Président : F. MASSEI ; vice-président : V. GRAZZI ; conseillers : I. DIOMISSO, et Gh. FERRELLI.

HÔPITAL SAINT-JOSEPH

Concours pour une place d'interne dans le service oreilles, nez, larynx.

Dans les premiers jours de juillet prochain (consulter les affiches ultérieures et la direction de l'hôpital, 7, rue Pierre Larousse), en même temps que le concours pour l'internat général de l'hôpital (médecine et chirurgie), *un concours spécial s'ouvrira pour une place d'interne dans le service OREILLES, NEZ, LARYNX.*

PIÈCES À FOURNIR :

Un extrait du casier judiciaire et de bonnes références ;
La feuille d'inscriptions (15 inscriptions) ;
L'indication des hôpitaux, services ou cliniques où le candidat a travaillé.

ÉPREUVES

1° Une épreuve écrite théorique sur un sujet d'anatomie et de pathologie pour la rédaction de laquelle il est accordé deux heures (30 points) ;

2° Une épreuve orale théorique sur un sujet d'anatomie et de pathologie pour laquelle il est accordé dix minutes, après dix minutes de préparation sans livres ni notes (20 points) ;

3° Une épreuve pratique. — Observation médicale écrite prise sur un malade (30 points).

Ces épreuves théoriques et pratiques pour les candidats à la place d'interne dans le service oreilles, nez, larynx, porteront exclusivement sur des sujets concernant cette spécialité.

EXTRAIT DU RÈGLEMENT DE L'HÔPITAL CONCERNANT LES INTERNES

... Les internes titulaires sont nommés pour deux ans...

... Ils reçoivent un traitement annuel de 600 francs et une indemnité de logement de 500 francs ; ils prennent à l'hôpital le déjeuner du matin et le repas du midi...

... L'interne de garde couche à l'hôpital et y prend le repas du soir...

... Les internes entrent en fonctions le 1^{er} octobre.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Pour ne pas coïncider avec le Congrès de Madrid, la réunion annuelle de la Société française d'otologie et de laryngologie, au lieu de se tenir comme tous les ans au commencement de mai, est, cette année, exceptionnellement reportée au mois d'octobre.

VII^e CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE

Le VII^e Congrès international d'otologie se réunira, à Bordeaux, du 1^{er} au 4 août 1904, sous la présidence du Dr MOURE.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour :

1° Choix d'une formule acoumétrique simple et pratique ;

2° Diagnostic et traitement des suppurations du labyrinthe ;

3° Technique de l'ouverture des abcès encéphaliques otogènes et des soins consécutifs.

Toutes les communications doivent être adressées au secrétaire général du Congrès, le Dr LERMOYER, 20 bis, rue La Boétie, Paris (VIII^e arrondissement).

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 15 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Demonstrationen mikroskopischen präparate zweier Fälle von Vincentscher Angina (Angine diphthéroïde à bacilles fusiformes et spirilles), par HECHT. — Separatabdruck aus den Sitzungsberichten des Aerzlichen Vereins. München, 1902.

A. CASTEX. — *Maladies du larynx, du nez et des oreilles*, Baillière éditeur, 19, rue Hautefeuille, Paris, 1903.

CHLOROFORME DUMOUTHIER

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie*, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, Rue de Bourgogne, PARIS

Le Gérant : MASSON et C^{ie}.

